

Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450



Heftets tittel: Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450

Utgitt: 12/2004

Bestillingsnummer: IS-1154

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling for primærhelsetjenester
Postadresse: Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgt. 2, Oslo

Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Hftet kan bestilles hos: Sosial- og helsedirektoratet
v/ Trykksakekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Oppgi bestillingsnummer: IS-1154

FORORD

Formålet med denne veilederen er å bidra til at kommunene iverksetter den nye forskriften av 3.april 2003 om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Forskriften er vedtatt med hjemmel i lov om helsetjenesten i kommunene og lov om vern mot smittsomme sykdommer. Den skal sikre at helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidrar til et helhetlig helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og ungdom 0-20 år og for gravide som går til kontroll ved helsestasjon.

En revisjon av veilederen fra 1998 var nødvendig av hensyn til endringer i lovverket som regulerer området, særlig i lov om helsetjenesten i kommunene, smittevernloven, men også i lov om helsepersonell og pasientrettighetsloven.

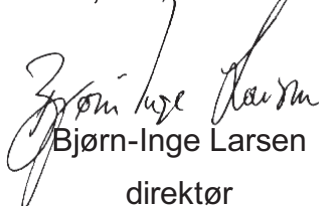
Denne veilederen tar sikte på å utdype formålet med forskriften som er å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold og forebygge sykdommer og skader gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Behovet for å sette tjenesten inn i et helhetlig perspektiv vektlegges. Kommunene oppfordres til å se helsestasjons- og skolehelsetjenesten som en sentral tjeneste i kommunens folkehelsearbeid.

Veilederen inneholder ikke faglige retningslinjer for de fagspesifikke oppgavene som utføres av ansatte i tjenesten. Veilederen henviser til andre relevante dokumenter og nettsteder for faglige retningslinjer og faglig oppdatering. Det er under utarbeidelse egne faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen, for dersøkelse av syn, hørsel og språk og høyde- og vektmålinger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Veilederen gir føringer for utforming av helsestasjons- og skolehelsetjenesten både for politisk og administrativt ansvarlige i kommunen, ansatte i tjenesten og for utdanningsinstitusjonene. Den elektroniske utgaven av denne veilederen med vedlegg vil bli oppdatert når det foreligger endringer som f.eks. regelverksendringer og nye faglige retningslinjer.

Sosial- og helsedirektoratet vil takke alle som har bidratt til denne veilederen for verdifull innsats.

Oslo, desember 2004



Bjørn-Inge Larsen
direktør

INNHOOLD

1	Folkehelsearbeid – økt overskudd til å mestre hverdagens krav	7
1.1	Fem viktige perspektiver for folkehelsearbeidet i helsestasjons-og skolehelsetjenesten	8
1.2	Strategier	9
2	Kommunens ansvar	10
2.1	Helhetlig helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud	10
2.1.1	Tilgjengelighet for alle	11
2.2	Personell og kompetanse	12
2.3	Samarbeid	13
2.3.1	Samarbeid med fastleger	13
2.3.2	Andre kommunale tjenester	14
2.3.3	Interkommunalt samarbeid	14
2.3.4	Samarbeid med fylkeskommunen	14
2.3.5	Samarbeid med spesialisthelsetjenesten	15
2.4	Oversikt over barn og ungdoms helsetilstand	15
2.5	Andre oppgaver	16
2.5.1	Miljørettet helsevernoppgaver	16
2.5.2	Legemiddelhåndtering i barnehager og skoler	17
2.5.3	Reisevaksiner	17
2.5.4	Smittevern	17
3	Myndighetskrav	18
3.1	Internkontroll	18
3.1.1	Innholdet i internkontrollen	18
3.1.2	Dokumentasjon	19
3.2	Kvalitetsarbeid	19
3.3	Journalføring	20
3.4	Taushetsplikt	21
3.5	Opplysningsplikt til sosialtjenesten og barnevernet	21
4	Kunnskapsbasert praksis	22
4.1	Nasjonale faglige retningslinjer	22
4.2	Nasjonalt helsenett	23

5	Metoder og verktøy	25
5.1	Helseundersøkelser	25
5.1.1	Screening	26
5.2	Konsultasjoner	26
5.3	Brukermedvirkning i praksis	27
5.4	Helseopplysning og informasjon	28
5.5	Rådgivning og veiledning	28
5.6	Tverrfaglig samarbeid	28
5.6.1	Samarbeidsrutiner	29
6	Tilbud til gravide	30
7	Tilbud til barn og ungdom 0–20 år	32
7.1	Helseundersøkelser og rådgivning	34
7.2	Forebyggende psykososialt arbeid	34
7.3	Opplysningsvirksomhet og veiledning	36
7.3.1	Foreldreveiledning	37
7.4	Hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet	37
7.5	Samarbeid med skolen om elevenes arbeids- og læringsmiljø	38
7.5.1	Helseopplysning i skolen.	39
7.5.2	Individrettet helsetjeneste for elever	39
7.5.3	Undervisning og deltakelse i foreldremøter	40
7.6	Habilitering og individuelle planer	40
7.7	Barnevaksinasjonsprogrammet	40
7.8	Veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon	41
7.8.1	Veiledning til barn, ungdom og foreldre om seksualitet og samliv	41
7.8.2	Forebygging av uønsket svangerskap og abort	42
7.8.3	Rekvirering av prevensjonsmidler	42
8	Vedlegg	43
8.1	Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.	43
8.2	Merknader til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	45
8.3	Oversikt over aktuelle lover, forskrifter og rundskriv	49
8.4	Gjeldende veiledere, faglige retningslinjer og nasjonale anbefalinger	51
8.5	Rapporter fra Sosial- og helsedirektoratet	52
8.6	Oversikt over anbefalte programmer per 31. desember 2004 (sjekk www.shdir.no)	53
8.6.1	Anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år	53

8.6.2	Anbefalt program for helsestasjons- og skolehelsetjenesten 5–20 år	56
8.7	Helseundersøkelser – gjeldende anbefalinger	57
8.7.1	Lengde/høyde og vekt	57
8.7.2	Utvikling	58
8.7.3	Nervesystemet	58
8.7.4	Hørsel	59
8.7.5	Syn	59
8.7.6	Hjerte-/karsystemet	60
8.7.7	Luftveier – hud	61
8.7.8	Munnhule og tenner	61
8.7.9	Mage-/tarmsystemet	61
8.7.10	Urinveier og genitalia	61
8.7.11	Hofte og underekstremiteter (ortopedi)	62
8.7.12	Blod og bloddannende organer	62
8.7.13	Endokrinologi og genetikk	63
8.7.14	Risikosvangerskap og barn med nyfødtpoblemer	63
8.8	Sjekklister	63
8.8.1	Sjekkliste for barns utvikling og kontaktevne 0-3 år	63
8.8.2	Sjekkliste for oppfølging/henvisning etter helseundersøkelser	65

1 FOLKEHELSEARBEID – ØKT OVERSKUDD TIL Å MESTRE HVERDAGENS KRAV

Nye utviklingstrekk i samfunnet gir helseutfordringer som krever nye strategier. Stortingsmelding nr.16 – Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen) – ble vedtatt i 2003. Stortingsmeldingen beskriver status for folkehelsen, utfordringene fremover samt strategier og veivalg som vil føre til en bedret folkehelse. Barn og ungdom er en sentral målgruppe for folkehelsearbeidet fordi mye av grunnlaget for senere helse og helsevaner legges tidlig i livsløpet. Foreldrene har ansvaret for at barna får sine omsorgsbehov dekket. Samfunnet skal legge til rette for og supplere foreldrenes innsats i et nært samarbeid med dem.

Med bakgrunn i utviklingstrekk i barne- og ungdomsbefolkningen og det store potensialet som ligger i de forebyggende og helsefremmende tjenestene, ønsker regjeringen å styrke helsetjenestene til gravide, barn og ungdom.

Målet er at de forebyggende og helsefremmende tjenestene for barn og unge, herunder helsestasjons- og skolehelsetjenesten, skal bli bedre tilpasset alle i målgruppene og nye utfordringer knyttet til psykisk helse og levevaner. Det medfører et behov for styrking av eksisterende personell og rekruttering av nytt personell med psykososial kompetanse. Videre forutsettes et tettere samarbeid med andre tjenester og aktører som for eksempel skoler og barnehager, ungdomsarbeidere, ansatte og frivillige innen kultur og idrett.

Kommunene har ansvaret for å overvåke barnas helsesituasjon i egen kommune, og de skal planlegge og gjennomføre tiltak som fremmer en best mulig fysisk og psykisk helse blant gravide, barn og unge. Tjenesteapparatet på lokalt plan skal gjenspeile de nasjonale satsningsområdene for barn og unge. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal inngå i en helhetlig tiltakskjede for aldersgruppene mellom 0 og 20 år, der ansvarsområdet spenner fra svangerskap og spedbarnstid til barndom og ungdomstid.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er sentrale i kommunenes folkehelsearbeid. For at tjenestene skal fungere som forutsatt, er det viktig at kommunene sørger for at tilbudet er tilgjengelig for målgruppene, og at de ansatte har nødvendig kompetanse og ressurser. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal være et tilbud som det er enkelt å oppsøke, hvor man blir tatt på alvor med sine små og store helseproblemer og utfordringer.

Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative faktorene er alt som virker helsenedbrytende, enten det er ting vi spiser eller drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss. Positive faktorer handler blant annet om styrkende faktorer i miljøet, om vårt forhold til våre nærmeste, de nettverk vi inngår i, og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og være forutsigbart og håndterbart.

Dette kalles beskyttelses- eller mestringsfaktorer og gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke.

Folkehelsearbeid handler bl.a. om å satse i forhold til den fysiske helsen, gjennom påvirkning av levevaner og levekår. Røyking er vår tids viktigste enkeltårsak til sykdom og tidlig død. Usunt kosthold og fysisk inaktivitet kan forklare mye av forekomsten av blant annet overvekt, hjerte- og karsykdom, diabetes og kreft. På disse punktene vil det være spesielt viktig med en offensiv satsing overfor barn og unge.

Den samme gruppen vil være i fokus innen et annet utpekt satsingsområde, psykisk helse. Det handler om å satse på styrking av psykisk helse, gjennom å legge til rette for opplevelser av mestring, god selvfølelse, menneskeverd, trygghet og respekt.

På disse sentrale satsingsfeltene vil kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten ha en viktig rolle.

Målet er:

- Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet
- Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn¹

1.1 Fem viktige perspektiver for folkehelsearbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten ²

- Mestringsperspektivet

bygger på en erkjennelse av at evnen til å utvikle og å ta i bruk egne ressurser er en sentral faktor i personlig utvikling og i å bygge en god helse.

- Brukerperspektivet

vil i denne sammenheng både omfatte foreldre, barn og unges alminnelige deltagelse i samfunnet, og at den enkeltes behov, ønsker og forståelse av egen situasjon bør legges til grunn ved utformingen av tiltak og tjenester. Det innebærer at alle foreldre, barn og unge tas på alvor og møtes med respekt og verdighet. Brukerperspektivet omfatter også gravide som går til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon.

- Helhetsperspektivet

Den gjennomgående idéen er å styrke barns, unges og familiens opplevelse av helhet i de tjenester som ytes, uavhengig av forvaltningsnivå. Dette handler dels om samarbeid mellom berørte tjenester (barnehage, skole, helse- og sosialtjenester mv.), og dels om kontinuitet, oversikt og tilgjengelighet.

- Helsefremmings- og forebyggingsperspektivet

Selv om god vitenskapelig dokumentasjon bør styrkes, så vet man erfaringsmessig at gevinsten ved godt helsefremmende og forebyggende arbeid er vesentlig sammenlignet med å sette inn ressurser på et senere tidspunkt.

¹ St. meld. nr.16 2002–2003 Resept for et sunnere Norge

² Regjeringens strategiplan for barn og unges helse, I-1088

- Kunnskaps- og kompetanseperspektivet

Dette handler om å ta i bruk eksisterende kunnskap og kompetanse, og om å bygge opp kunnskap og kompetanse der den mangler.

Kunnskap og kompetanse har stor betydning for hvordan barn og ungdom blir ivaretatt. Kommunen har et ansvar for å legge tilrette for kompetanseutvikling og kunnskapsoppdatering hos de ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Den enkelte helsearbeider har også et personlig ansvar for å holde seg faglig oppdatert. Tjenesten skal ha en plan for kunnskaps- og kompetanseutvikling (jf. kap. 3.1).

1.2 Strategier

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må benytte seg både av befolkningsstrategier og høyrisikostراتيجier³ for å drive effektiv forebygging. Valg av metoder gjenspeiler tjenestens overordnede mål og bredde. Eksempler på dette er foreldreveiledning og foreldresamarbeid, ulike undervisningsopplegg i samarbeid med skolen og metoder som avdekker barns individuelle problemer på et tidlig stadium.

Befolkningsrettet strategi er planlegging av tiltak som tar utgangspunkt i helsetilstanden til større befolkningsgrupper, kjennetegnet ved alder, kjønn, yrke, sosialstand, geografi og identifiserte risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer med hensikt å fremme helse. Befolkningsstrategier legges til grunn for å nå hele befolkningen med forebyggende tiltak. Eksempel på dette er barnevaksinasjonsprogrammet som tilbys alle barn gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Høyrisikostراتيجier er planlegging av tiltak rettet mot individer eller grupper som kan være disponert for å utvikle sykdom eller helseproblem. Dette er en strategi innenfor sykdomsforebyggende arbeid.

Personlig kontakt med alle småbarnsfamilier gir også gode muligheter til å kartlegge familier og barn med risikotilstander slik at det kan iverksettes spesiell forebygging i forhold til avdekket risiko.

³ Definisjonskatalogen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, KITH, 1 juli 2002

2 KOMMUNENS ANSVAR

Helsestasjons- og skolehelsetjeneste er en lovpålagt tjeneste til alle barn og unge 0-20 år, og til gravide som ønsker å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenesten skal være et lavterskeltilbud, og det stilles krav til tilgjengelighet for alle grupperinger innenfor målgruppene. I Stortingsmelding 16, 2002-2003, Resept for et sunnere Norge, er det lagt sterke føringer for videreutvikling av helsestasjons- og skolehelsetjenesten som et viktig tiltak for å fremme barn og unges helse. Gjennom kontakten med nær alle familier, barn og ungdom sikrer tjenesten hele befolkningen tilbud om vaksiner, helseundersøkelser og informasjon om hvordan forebygge sykdom og skader, og støtte til mestring og positiv utvikling.

Kommunene har et selvstendig ansvar for å organisere sin virksomhet på en hensiktsmessig måte, tilpasset lokale behov, så lenge kravet til forsvarlighet i henhold til lov og forskrift oppfylles, jf. tilsynsloven og helsepersonelloven. Forskriften om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten vektlegger muligheten til en fleksibel organisering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten som ivaretar samordning og helhetsperspektiv. Hensikten er å styrke det totale tilbudet til barn og unge 0-20 år.

Et prioritert område i Opptappingsplanen for psykisk helse er å styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det psykososiale arbeidet innenfor denne virksomheten skal økes, og målet er at det på landsbasis fra 1999 til 2008 skal tilføres 800 årsverk fordelt på ulike faggrupper. Det forutsettes at kommunen ikke reduserer sin egenfinansiering av dette området, noe som vil motvirke en reell styrking av denne tjenesten.

2.1 Helhetlig helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til å forebygge sykdom og fremme god fysisk og psykisk helse hos blivende foreldre og barn og ungdom 0-20 år. Tjenesten er lovfestet som et viktig tiltak i kommunene for å bidra til å sikre barn og ungdom 0-20 år et godt oppvekstmiljø, og skal være et kraftsenter for helse og oppvekst i kommunene.⁴ Forskriften vektlegger behovet for å utvikle en helhetlig og integrert helsestasjons- og skolehelsetjeneste for befolkningsgruppen 0-20 år. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten må sees i sammenheng slik at ressursene kan utnyttes på en best mulig måte. Tjenesten er kjennetegnet ved opp i mot 100% dekning og oppslutning i geografisk avgrensede områder. Det har gjort det mulig å tilby et nasjonalt program for forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og ungdom.

Formålsparagrafen i forskriften har tre ledd som viser at kommunen gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeid.

⁴ Rundskriv I-47/1999, helsestasjon for barn og unge 0–20 år, eit kraftsenter for helse og oppvekst.

- a) fremme psykisk og fysisk helse
- b) fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- c) forebygge sykdom og skade

Forskriften omfatter alt helsefremmende og forebyggende arbeid på helsestasjonene, i skolehelsetjenesten eller i regi av helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet.⁵

Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død.⁵

Det er vanlig å dele det forebyggende arbeidet inn i tre områder⁶:

- **Primærforebyggende arbeid** som retter seg mot alle. Eks. vaksiner mot smittsomme sykdommer, kostholdsveiledning, ulykkesforebyggende arbeid.
- **Sekundærforebyggende arbeid** i tilfelle der problemet, skaden eller sykdommen foreligger. Målet er å oppdage dette så tidlig som mulig slik at videreutvikling eller tilbakefall kan unngås eller holdes under kontroll. Eks. målrettet arbeid mot grupper av elever i skolen, oppsøkende virksomhet til sårbare målgrupper.
- **Tertiærforebyggende arbeid** som retter seg mot personer som har sykdom, skade eller lyte, med sikte på å hindre forverring av eksisterende problem, eks. koordinering av tjenester til barn og unge med psykiske eller fysiske handikap.

Noen benytter begrepene **universell** eller **individuell** forebygging.

2.1.1 Tilgjengelighet for alle

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig for alle kategorier brukere i målgruppene. Tilgjengelighet er avhengig av at det er tilstrekkelig antall ansatte i tjenesten. God tilgjengelighet kjennetegnes ved kort ventetid og ”publikumsvennlige åpningstider”. Geografisk og fysisk lokalisering av tilbudet er også viktig for hvor god tilgjengeligheten til tjenesten er. Nærhet til kollektive kommunikasjonsmidler, parkeringsmuligheter, trygg plass til barnevogn er eksempelvis viktig for småbarnsforeldre.

Noen grupper som må ivaretas spesielt i forhold til tilgjengelighet er for eksempel:

- **Personer med psykiske problemer** (eks. dårlig selvbilde, angst/ depresjon, jf. kap.7.2).
- **Personer med fysisk funksjonsnedsettelse** (eks. rullestolbrukere)
Det gjelder både barn, unge, foreldre og gravide med funksjonshemninger.
- **Barn og ungdom med minoritetsbakgrunn.**
Helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan for mange være den eneste

⁵ Merknader til Forskrift av 3.april 2003 nr. 450 om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

⁶ Statens helsetilsyn utredningsserie 5-98 Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år

tilgjengelige arena for å ta opp spørsmål og problemer knyttet til helse, problemer knyttet til det å være etnisk og språklig minoritet, og problemer knyttet til dobbel eller blandet kulturell tilhørighet. (Jf. kap. 7.2).

For skoleelever er det viktig at ansatte i skolehelsetjenesten er tilgjengelige på skolen. Elevene må vite når, hvor og hvordan de kan komme i kontakt med helsetjenesten, slik at det blir så enkelt som mulig når de har behov for helsehjelp. Skolehelsetjenesten kan komme tidlig inn og hjelpe elevene med problemer de synes det er vanskelig å ta opp med foreldre eller lærere. Ansatte i skolehelsetjenesten må være inkludert i skolemiljøet for å kunne samarbeide med elever, lærere, foreldre og andre om å identifisere og ivareta elever som har helseproblemer som har sammenheng med skolesituasjonen.

Ungdomshelsestasjon bør lokaliseres på steder det er naturlig og enkelt for unge å oppsøke. Åpningstidene må tilpasses ungdommenes behov og sees i forhold til hvor tjenesten er lokalisert. Eks.: Hvis ungdomshelsestasjonen ligger i tilknytning til en ungdomsklubb, bør åpningstiden være i samsvar med klubbens åpningstid.

Tilgjengelighet i form av lokalisering og åpningstider må også vurderes opp mot de ansattes arbeidsmiljø og muligheter for kontakt med samarbeidspartnere.

2.2 Personell og kompetanse

Kommunehelsetjenesteloven (khl) § 1-3 lister opp oppgaver som kommunehelsetjenesten skal omfatte. Forskriftens § 2-3 utdyper dette når det gjelder helsestasjons- og skolehelsetjenestens oppgaver. I khl § 1-3 står det også hvilke tjenester kommunen må sørge for enten ved å ansette eller inngå avtaler med privat helsepersonell for å få utført oppgavene beskrevet i lov og forskrift.

Grunnbemanning i det forebyggende og helsefremmende arbeid for barn og unge 0-20 år må være helsesøster, lege, jordmor og fysioterapeut. Forskriften påpeker at det skal være en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom personell knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Helsesøster har videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid, inklusive forebyggende psykososialt arbeid for barn og unge, og vil naturlig ha en sentral rolle i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsesøster vil som regel være den som møter alle brukere og trekker inn andre i helsestasjons- og skolehelsetjenestetteamet med kompetanse på aktuelt fagområde.

Fysioterapeuter har kompetanse på vurderinger knyttet til bevegelsesapparatet, motorisk utvikling og kroppslige uttrykk for psykiske problemer.

Legenes rolle vil være å utføre spesifikke somatiske helseundersøkelser og vurdere medisinske tilstander. Legene har en viktig rolle i tjenestens samfunnsmedisinske oppgaver som for eksempel å gi bidrag til kommunens oversikt over brukergruppenes helsetilstand og foreslå tiltak i forhold til dette.

Jordmødrenes kompetanse er selvskreven i svangerskapsomsorgen og nyfødtp perioden. Deres kompetanse kan også benyttes i undervisning, rådgivning og veiledning i skole og i ungdomshelsestasjon.

Kommunen skal, dersom de finner det nødvendig, ansette eller inngå avtaler med psykologer, ergoterapeuter og høyskoleutdannet personell med pedagogisk og sosialfaglig kompetanse. Det er i tillegg nødvendig at virksomheten som helhet har kompetanse i forhold til kultursensitive spørsmål.

Helsefremmende og forebyggende arbeid forutsetter stor grad av tverrfaglighet både når det gjelder utdanningsbakgrunn og praktisk erfaring. I regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse fremheves rekruttering av personell med kompetanse på psykisk helse som et tiltak for å tilpasse tjenesten til dagens behov.

Det fremgår av *helsepersonellovens § 16 - Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll* at virksomhet som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Kommunen bør kjenne til innbyggernes behov slik at tjenesten blir riktig dimensjonert.

Ansatte må gis mulighet til å utvikle sin kompetanse på ulike aldersgrupper og fagområder innen forebyggingsfeltet slik at kommunen samlet sett har nødvendig kompetanse til å yte god kvalitativ tjeneste til hele aldersgruppen 0–20 år, samt gravide, jf khl §§ 6-1 (Undervisning og praktisk opplæring) og 6-2 (Videre- og etterutdanning).

2.3 Samarbeid

Forskriften pålegger helsestasjons- og skolehelsetjenesten, inklusiv den kommunale svangerskapsomsorgen, å ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten. Det er en fordel at slike samarbeidsrutiner er nedskrevet med tanke på kvalitetssikring og kontinuitet i tilbudet. Det gjør samarbeidet enklere ved evt. utskifting av personell.

Avtalte samarbeidsrutiner eller jevnlige samarbeidsmøter kan lette arbeidet med innhenting av bistand fra annet helsepersonell og viderehenvisning ved behov. (Jfr. § 4 i helsepersonelloven om forsvarlighet).

2.3.1 Samarbeid med fastleger

Helt siden før fastlegeordningen (FLO) trådte i kraft, har det vært en diskusjon om fastlegens deltagelse i det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid, særlig knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Mange fastleger mener at de ut fra sitt kontor kan foreta de helseundersøkelser som helsestasjons- og skolelege skal gjøre like godt som om de er tilstede på helsestasjonen eller skolen. En slik ordning vil imidlertid ikke oppfylle forskriftens intensjon om at tjenesten skal være helhetlig, tverrfaglig og lett tilgjengelig. Legen er en nødvendig deltager i det tverrfaglige teamet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Det er viktig å avtale hensiktsmessig arbeidsdeling mellom helsestasjonslege og fastlege. Helt konkret handler det om hvor langt en helsestasjonslege skal bevege seg i retning av diagnostikk og behandling av presenterte symptomer og tegn. En annen "gråsone" mellom helsestasjonslegen og fastlegen er forholdet

til, og ansvaret for oppfølging av kronisk syke barn. Det som kan tale for at helsestasjonslegen bør stå for slik oppfølging, er at helsestasjonslegen og helsestasjonen for øvrig har gode rutiner og tid for samhandling med andre og etablering av tverrfaglige team. Mange har erfaring for at det kan være vanskelig å få fastlegene med i slikt tidkrevende, tverrfaglig arbeid.

I fastlegeordningen er det avtalefestet ⁷ at det skal være et samarbeidsutvalg mellom fastlegene og kommunen. Dette kan være et egnet forum for utarbeiding av samarbeidsrutiner mellom kommunale tjenester og fastlegene.

2.3.2 Andre kommunale tjenester

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal samarbeide med andre kommunale tjenester som for eksempel sosialtjenesten, barnevernstjenesten, barnehage, skole, PP-tjeneste og hjemmesykepleie. Hvordan man velger å organisere samarbeidet avhenger av den lokale strukturen. Det som er viktig er at man gjennom samarbeid styrker tilbudet til brukerne og bidrar til at det samlede tjenestetilbudet fremstår helhetlig og integrert.

Noen kommuner har lykket godt med samlokalisering av flere tjenester i såkalte "familiesentra". Et familiesenter er en lokalt forankret, samordnet virksomhet rettet mot foreldre og barn. Virksomheten omfatter den lokale helsestasjon inklusiv svangerskapsomsorg, åpen barnehage, familieveileder, forebyggende barnevern og PP-tjeneste mv. Familiene skal på ett og samme sted få et helhetlig tjenestetilbud. En nasjonal forsøksordning i 6 kommuner, finansiert over Opptappingsplanen for psykisk helse, evalueres i 2005.

2.3.3 Interkommunalt samarbeid

Noen steder kan det være hensiktsmessig å organisere hele eller deler av helsestasjons- og skolehelsetjenesten på tvers av kommune- eller bydelsgrenser for å sikre et større faglig miljø for tjenesten. Det kan for eksempel bidra til å sikre kontinuitet i tjenesten ved at det kan opprettes flere hele stillinger. Noen kommuner ser også en gevinst i samordnet ledelse, slik at større andel av ressursene kan gå til tjenesteproduksjon. Ungdomshelsestasjoner har med hell blitt opprettet gjennom slikt samarbeid. Ved etablering av interkommunale løsninger er det viktig å gjøre en konkret vurdering av tilgjengelighet for målgruppene.

2.3.4 Samarbeid med fylkeskommunen

Den offentlige tannhelsetjenesten er forankret i fylkeskommunen. Tannhelsetjenesten tilbyr gratis tannhelsetjeneste til aldersgruppen 0–18 år. Dette gjelder både forebygging og behandling. Den første innkallingen til tannklinikken skjer normalt det året barnet fyller 3 år.

Skolehelsetjeneste i videregående skoler.

Videregående skoler eies av fylkeskommunen. Det er vertskommunene som har ansvar for den lovpålagte skolehelsetjenesten i videregående skole. Skolene har

⁷ Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i

ansvar etter opplæringslovens § 9a. Det er et felles ansvar å sørge for elevenes fysiske og psykososiale skolemiljø.

Partnerskap i det lokale folkehelsearbeidet.

I stortingsmelding 16 "Resept for et bedre Norge", beskrives satsingen på en nasjonal offentlig folkehelsekjede som skal bidra til et systematisk samarbeid med frivillige organisasjoner, utdanningsinstitusjoner og andre instanser. Folkehelsearbeidet handler ikke minst om hvordan utvikle gode og inkluderende lokalsamfunn, hvordan tilrettelegge for fysisk aktivitet i dagliglivet, hvordan kultur og helse henger sammen, og om skolene som helsefremmende arenaer. Her har helsestasjons- og skolehelsetjenesten en viktig rolle.

Fylkeskommunen har fått rollen som koordinator i partnerskapet. Fylkesplanen skal samordne statens, fylkeskommunens og hovedtrekkene i kommunens virksomhet i fylkene.

2.3.5 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Ved behov for videre utredning og evt. behandling i spesialisthelsetjenesten er det legene som har henvisningsrett. Det er viktig at ansvarsdeling og informasjonsflyt mellom leger i offentlig helsearbeid og fastleger avklares lokalt. Jf. kap. 2.3.1. Det er også viktig med samarbeid om utarbeiding og oppfølging av individuelle planer⁸.

2.4 Oversikt over barn og ungdoms helsetilstand

Kommunen skal i følge § 1–4 i kommunehelsetjenesteloven ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som har innvirkning på helse. Forskriftens § 2–2 presiserer helsestasjons- og skolehelsetjenestens plikt til å bidra til en slik oversikt når det gjelder barn og ungdom 0-20 år og gravide som går til kontroll på helsestasjonen. Oversikt over målgruppens helsetilstand kan skaffes gjennom tilgjengelig statistikk, systematisert informasjon om brukernes behov og problemer, brukerundersøkelser mv. Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har her en mulighet til å bidra til et politisk beslutningsgrunnlag tilpasset lokale forhold og lokale utfordringer.

KOSTRA (KommuneSTATRApportering) er en viktig kilde til statistikk og et sammenlignings- og beslutningsgrunnlag for både kommune og stat. Gjennom KOSTRA dokumenterer kommunene blant annet data for sin innsats i det forebyggende og helsefremmende arbeidet blant barn og unge.

Per i dag er det bl.a. følgende som rapporteres:

- *Antall nyinnskrevne gravide kvinner som har møtt til svangerskapskontroll ved helsestasjonen.*
- *Antall førstegangs hjemmebesøk til nyfødt.*
- *Antall fullførte helseundersøkelser innen utgangen av 8. leveuke (6-ukerskontroll).*
- *Antall fullførte 2-3 årsundersøkelser.*
- *Antall fullførte helseundersøkelser skolestart-undersøkelser (innen utgangen av 1.trinn).*
- *Antall målrettede helseundersøkelser i 3.trinn i grunnskolen (8-års alder).*
- *Antall målrettede helseundersøkelser i 8.trinn i grunnskolen (13-års alder).*
- *Antall målrettede helseundersøkelser i 1.trinn i videregående skole (16-års alder).*

⁸ Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven 2004-12-23 nr 1837

En målrettet helseundersøkelse i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (jf. kap. 5.1), vil blant annet baseres på innhentede helseopplysnings skjemaer. Selve innhentingen av helseopplysninger og vurderingen av disse er ikke å regne som en målrettet helseundersøkelse som skal rapporteres i KOSTRA. Det er den oppfølgende undersøkelsen basert på konkrete opplysninger/bekymringer som skal registreres. For registreringen i KOSTRA er det ikke avgjørende hvilke(n) fagperson(er) som har utført undersøkelsen.

Antall oppfølgende konsultasjoner og samtaler registreres per 2004 ikke i KOSTRA.

I veileder til forskrift om miljørettet helsevern omtales grunnlagsdata om befolkning og helse (Kap.10) ⁹.

2.5 Andre oppgaver

Personalet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten tillegges ofte andre oppgaver innenfor kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. Det kan for eksempel være oppgaver innenfor miljørettet helsevern, smittevern, reisevaksinering og godkjenning av serveringssteder og overnattingssteder.

2.5.1 Miljørettet helsevern oppgaver ⁹

Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.¹⁰ Regelverket er hjemlet i kommunehelseloven § 1-4 og kapittel 4a, samt en rekke forskrifter.

Det er en egen forskrift som omhandler miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv¹¹ hvor det stilles krav om godkjenning av barnehager og skoler. Virksomhetsleder er ansvarlig for at forskriften om miljørettet helsevern i barnehager og skoler blir fulgt opp. Kommunen fører tilsyn med at virksomheten oppfyller kravene i forskriften og kan eventuelt gi pålegg om retting m.v. Det er ikke nødvendigvis helsepersonell som fører tilsyn. Disse oppgavene kan også utføres av ingeniører, helsekonsulenter etc. Det er utgitt en veileder som utdyper forskriften ¹².

Miljøarbeid i barnehager

Eiere og ledere av barnehager har et selvstendig ansvar for å ivareta både det fysiske og psykiske miljøet i barnehagen. Helsepersonell med kompetanse på helsefremmende og forebyggende arbeid har som sin oppgave å gi råd og veiledning for å fremme barns oppvekstmiljø. Barnehagen er en svært aktuell arena for samhandling og samarbeid for å sikre barn et godt og trygt oppvekstmiljø.

Miljøarbeid i skoler og skolefritidsordninger

Helsepersonell har en viktig rolle som bidragsyttere og støttespillere i skolens arbeid for å sikre elever et godt fysisk og psykisk lærings- og oppvekstmiljø. For at de skal kunne ivareta denne oppgaven må de ha god kjennskap til og kunnskap om fysiske

⁹ Forskrift av 25.04.03 nr. 486 om miljørettet helsevern

¹⁰ IS-1104 Veileder i miljørettet helsevern (2003)

¹¹ Forskrift av 01.12.95 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.

¹² IS-2619 Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.

og psykiske miljøfaktorer på skolen. Dette betinger at ansatte i skolehelsetjenesten deltar i planarbeid og er regelmessig tilstede på skolen.

2.5.2 Legemiddelhåndtering i barnehager og skoler

Noen barn er avhengige av å ta medisiner mens de er i barnehage eller på skolen. Det er i utgangspunktet foreldrene som er ansvarlige for medisiner forordnet av legen. I noen kommuner er det inngått avtaler mellom personalet og foreldre om å gi barn og elever foreskrevne medisiner i tiden de tilbringer i barnehage og skole.

Personell i helsestasjons- og skolehelsetjenesten kan gi råd og veiledning knyttet til legemiddelhåndtering, og de kan bidra til nødvendig opplæring. Helsepersonell vil være omfattet av helsepersonelloven og kommunehelsetjenesteloven når de gir råd og veiledning til barnehager og skoler. Rådgivning som er tilpasset individuelt er å anse som individuell helsehjelp, og er underlagt de samme lovbestemmelser som annen helsehjelp. Det gjelder spesielt krav til informasjon, samtykke, taushetsplikt og dokumentasjonsplikt.

2.5.3 Reisevaksiner

Reisevaksinering kan legges i tilknytning til helsestasjon eller settes ut til selvstendig næringsdrivende legevirkosomhet. Det kan også organiseres gjennom interkommunalt samarbeid. Reisevaksinering på helsestasjon fordrer at det er en lege som er faglig ansvarlig for tilbudet. Reisevaksinasjon finansieres gjennom brukerbetaling.

2.5.4 Smittevern

Smittevern er regulert gjennom lover og forskrifter^{13, 14}. Målet for smittevern er å forebygge og hindre at sykdom sprer seg i befolkningen. Lov om helsepersonell¹⁵ pålegger helsepersonell å utføre sitt arbeid forsvarlig. Helsepersonell har et selvstendig ansvar for å jobbe i tråd med anbefalte smitteforebyggende tiltak. Kommunestyret skal utnevne en kommunelege som er ansvarlig for smittevernet i kommune/ bydel, jf. Smittevernloven §7-2. Smittevernansvarlig lege kan delegerer oppgaver til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, men har fortsatt det overordnede ansvaret.

Kommunene pålegges å ha egne planer for smittevernarbeidet.

Oppgaver som ofte utføres i helsestasjons- og skolehelsetjenestens regi er:

- Forebygging og kontroll av tuberkulose¹⁶.
- Oppfølging og veiledning i forbindelse med smittsomme sykdommer/ epidemier.
- Vaksinasjoner.

¹³ Lov 1994-08-05 nr 55: Lov om vern mot smittsomme sykdommer

¹⁴ Smittevern 5, Smittevernhåndbok for kommunehelsetjenesten 2002-2003, Folkehelse

¹⁵ Lov 1999-07-02 nr 64, Lov om helsepersonell.

¹⁶ Smittevern 7. Veileder i forebygging og kontroll av tuberkulose, folkehelseinstituttet, nov. 2002.

3 MYNDIGHETSKRAV

Myndighetskrav innebærer alle de lover og forskrifter som helsestasjons- og skolehelsetjenesten har virksomhet innenfor. Her beskrives noen utvalgte emner.

3.1 Internkontroll

3.1.1 Innholdet i internkontrollen ¹⁷

Det er utarbeidet en egen forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten hjemlet i lov av 30. mars 1984 nr.15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. De virksomhetene denne forskriften omfatter, er svært ulike med hensyn til oppgaver, organisering, ledelse og størrelse. Det finnes mange alternative måter å organisere og styre virksomhet og arbeidsprosesser på. Forskriften fastsetter ikke en detaljert standard mal for hvordan internkontrollen i den enkelte virksomhet skal se ut, men beskriver hvilke funksjoner internkontrollen skal ivareta. Virksomhetene stilles langt på vei fritt til å bestemme hvilke prosedyrer og andre administrative tiltak internkontrollen skal omfatte.

Det er likevel noen grunnleggende elementer som må være på plass for at virksomheten skal ha tilstrekkelig internkontroll. Dette framgår av forskriften § 4 bokstav a) til h), der det heter at den/de ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Vektleggingen av de ulike elementene vil variere avhengig av virksomhetens karakter, jf § 4, første ledd.

¹⁷ IS-1183 Veileder til forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten SH-dir 2004

3.1.2 Dokumentasjon

Dokumentasjon er et virkemiddel som skal bidra til å sikre at internkontrollen fungerer som forutsatt.

Tiltak iverksatt med hjemmel i forskriftens § 4 bokstav a-h, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig av hensyn til virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det innebærer at virksomheten selv – den øverste lederen og medarbeiderne – må avgjøre hvilke ordninger, arbeidsprosesser eller resultater som skal foreligge i skriftlig form, og etablere rutiner som sikrer skriftlighet på disse områdene. Hva som skal dokumenteres må avgjøres ut i fra virksomhetens egne interne behov. Her er noen forhold som bør tas hensyn til i vurderingen av hva som bør dokumenteres:

- Virksomheten skal sikre at informasjon om sentrale forhold ved virksomhetens organisasjon og oppgaveløsning er tilgjengelig for de ansatte. Erfaringer viser at ordninger som er spesifikke for virksomheten, slik som organisatoriske forhold, ansvars- og myndighetsforhold, oppgavefordeling, rutiner for opplæring og medvirkning av medarbeiderne og innhenting av brukererfaringer, bør foreligge skriftlig. Det samme gjelder tiltak for risikovurdering, rutiner og resultater av avviksbehandling og for ledelsens gjennomgang av virksomheten. Når det gjelder skriftliggjøring av faglige prosedyrer, bør det tas hensyn til medarbeidernes og spesielt vikarer og nyansattes behov.
- Nyansatte og vikarer må sikres tilstrekkelig informasjon. Dette kan for eksempel samles i en introduksjonsperm til nyansatte.
- Noen arbeidsoperasjoner utføres så sjelden at de lett kan glemmes.
- Noen oppgaver bør løses eller organiseres på en bestemt måte, enten av hensyn til sikkerhet, likebehandling av brukere, eller for å sikre effektiv samhandling på tvers av vaktskift eller forskjellige enheter.
- For å få til effektive endringsprosesser vil det ofte være hensiktsmessig å dokumentere både prosessen, de tiltak som iverksettes og de resultater som innhentes for å vurdere effekten av endringene.

3.2 Kvalitetsarbeid

... og bedre skal det bli¹⁸

er tittelen på den nye nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. God kvalitet innebærer at tjenestene er faglig gode og blir levert på en menneskelig sett god måte i ett system som fremmer helhet. Strategiens hovedtanke er det gode forløp med brukeren i sentrum.

Strategien omfatter sosialtjenesten og helsetjenesten på alle nivå, og har som utgangspunkt at alle innbyggere i Norge etter gjeldende lovgivning har rett til offentlige sosial- og helsetjenester av høy kvalitet.

De viktigste strategiske grepene i **... og bedre skal det bli** er å:

- Fokuserer på møte mellom bruker og utøver
- Peke ut tjenesteutøvere og ledere som de viktigste aktørene
- Styrke det faglige innholdet i tjenestene
- Evaluere og forbedre tjenestene kontinuerlig

¹⁸ En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet. 2004

- Invitere til medvirkning fra brukere og utøvere i alle ledd
- Konkretisere kvalitetsbegrepet for praksisfeltet

Strategien bygger på at det er kvalitet på en tjeneste når den er i tråd med sitt formål og bidrar til at vi når overordnede mål. For sosial- og helsetjenestene innebærer dette at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge
- er samordnet og preget av kontinuitet
- involverer brukerne og gir de innflytelse
- utnytter ressursene på en god måte
- er rettferdig fordelt

3.3 Journalføring

Helsepersonell etter lov om helsepersonell (hlspl), har dokumentasjonsplikt. Bestemmelsen om plikt til å dokumentere den pasientrettede virksomhet fremgår av hlspl § 39, første ledd. Dokumentasjonsplikten er i hovedsak begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i behandlingen og hensynet til muligheten til å etterprøve den helsehjelp som er gitt.

Dokumentasjon som vedrører individrettet virksomhet skal fremgå av journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Pasientjournalen er et arbeidsverktøy for helsepersonell i tilknytning til undersøkelse, utredning, diagnose, behandling og pleie av pasienten.

I tillegg skal journalen også tjene flere andre formål som:¹⁹

- Oversikt over hvilke tiltak som er satt i verk og hvilke observasjoner og vurderinger som er gjort
- Kommunikasjon mellom helsepersonell
- Grunnlag for henvisning og for epikrise
- Grunnlag for at pasienten ved innsyn skal kunne gjøre seg kjent med forhold som gjelder ham/henne selv
- Del av internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten
- Grunnlagsmateriale i forbindelse med tilsyn fra fylkeslegene og Statens helsetilsyn
- Dokumentasjon i forbindelse med erstatningssaker eller andre saker for domsstolene, eller ved administrativ behandling av pasientklager
- Grunnlag for forskning
- Grunnlag for rettsmedisinske og odontologiske undersøkelser
- Grunnlag for undervisning og opplæring av helsepersonell
- Grunnlag for ulike meldinger helsepersonell skal gi etter lovgivningen

Dokumentet *Veiledning i journalføring (dokumentasjon) i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*²⁰ skal bidra til å ivareta og videreutvikle faglige og administrative forhold i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og trygge rettssikkerheten for tjenestemottakere. Det skal skje gjennom bl.a. systematisk og ensartet føring av journal, sikring av gode rutiner for oppbevaring og overføring av

¹⁹ Ot prop 13 1998-99 kap.13

²⁰ Veileder i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, IS-2700

journalopplysninger, samt ivaretagelse av personvernet. Helsepersonell vil oppfylle regelverkets krav om faglig forsvarlig virksomhet på dette området²¹ ved å følge anbefalingene som er gitt i denne veilederen.

Elektronisk journal

Elektroniske journaler brukes stadig oftere i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Kompetansesenteret for IT i helsetjenesten har medvirket til en nasjonal kravspesifikasjon for slike journaler. Kravspesifikasjon til elektronisk journal ble utarbeidet i 2001 og ligger på KITH's hjemmesider www.kith.no . Regelverk om pasientjournal gjelder på samme måte for elektroniske journaler som for papirjournaler.

3.4 Taushetsplikt

Helsepersonelloven regulerer hvem som er helsepersonell, og har regler for blant annet krav til faglig forsvarlighet og taushetsplikt. Helsepersonell plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til pasientopplysninger. Det vises til kapittel 5 i helsepersonelloven og veiledning til denne²². Det følger av helsepersonelloven § 25 tredje ledd at personer som samarbeider med helsepersonell har samme taushetsplikt som helsepersonell.

Alt annet personell i kommunen har taushetsplikt etter forvaltningsloven §13- §13f, med mindre de er omfattet av annet lovverk som har særskilte bestemmelser om taushetsplikt.

3.5 Opplysningsplikt til sosialtjenesten og barnevernet

Helsepersonelloven § 32, 2.ledd pålegger helsepersonell, uten hinder av taushetsplikt, av eget tiltak å gi opplysninger til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade.

Helsepersonelloven § 33 (jf barneverntjenesteloven § 6-4) pålegger den som yter helsehjelp å gi opplysninger til barnevernstjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Helsepersonell skal sende bekymringsmeldinger til barnevernstjenesten hvis man er bekymret for et barn eller en familie. Barnevernet kan gi veiledning og rådgivning til annet personell gjennom anonymiserte konsultasjoner.

²¹ Lov av 02.07.99 nr 64 om helsepersonell m.v § 4 og lov av 19.11.82, nr 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-3, første ledd.

²² I-20/2001 Rundskriv om helsepersonelloven

4 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Det er mange ubesvarte spørsmål om hvilke helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak som virker. Dersom man kunne besvare flere av disse spørsmålene ved hjelp av sikker kunnskap, ville det være lettere å prioritere tiltak og fatte gode beslutninger. Det er viktig å kunne svare på hvorfor vi gjør det vi gjør, om vi gjør de rette tingene og om vi gjør det vi gjør på en riktig måte. Som et grunnleggende prinsipp bør tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten baseres på kunnskap fra god forskning, som viser at tiltaket har den ønskede effekt.

Det kan være tidkrevende å finne fram til slik forskning, men en god hjelp kan være å lete etter det som kalles systematiske oversikter og kunnskapsoppsummeringer. Dette er dokumenter som oppsummerer forskning som allerede er gjort. Slike oppsummeringer finnes i første omgang i Cochrane Library (www.cochrane.no) som alle i Norge har fri adgang til. Det finnes også miljøer i Norge og Norden som oppsummerer kunnskap og skriver på nordiske språk. Finnes ikke slike oppsummeringer som besvarer det aktuelle spørsmålet, må man lete etter primærstudier. Det er utviklet håndbøker, kurs og etter hvert elektroniske læringsarenaer i hvordan man går fram for å finne disse.

Spørsmål som videre må vurderes, er om forskningen er relevant for praksis og om praksis derved bør endres. Den forskningsbaserte kunnskapen må sammen med kunnskap basert på egne erfaringer, brukernes ønsker, eksisterende lovverk, verdier, ressurser og politikk danne grunnlaget for de beslutninger helsestasjons- og skolehelsetjenesten tar.

Ønsker man å iverksette nye tiltak i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, bør man først søke om det finnes forskning som tilsier at tiltaket kan ha den ønskede effekt. Hvis slik forskning ikke finnes, bør tiltaket prøves ut i et definert forskningsprosjekt, før man eventuelt vedtar å implementere tiltaket i tjenesten som helhet.

Skal helsestasjons- og skolehelsetjenesten kunne benytte seg av forskning som grunnlag for å fatte gode beslutninger for praksis, er det viktig at resultatene og konklusjonene gjøres lett tilgjengelig. Det innebærer for eksempel at ansatte i tjenesten har tilgang til å lese om forskningsresultater på internett, mulighet til å hospitere, eller på annen måte få muligheter til å holde seg faglig à jour. Videre er det viktig å styrke kompetansen i metoder for kunnskapshåndtering og finne fram til effektive implementeringsstrategier som kan bygge bro mellom forskning og praksis.

4.1 Nasjonale faglige retningslinjer

Sosial- og helsedirektoratet gir faglige råd og anbefalinger i vanskelige og viktige spørsmål. Direktoratet skal medvirke til god og trygg praksis, der iverksetting av nasjonale faglige retningslinjer kan være et egnet virkemiddel.

Sosial- og helsedirektoratets faglige retningslinjer gir uttrykk for hva som anses som god praksis på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer er i prinsippet å anse som anbefalinger og råd, og skal bygge på god, oppdatert faglig kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger personellet må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten.

Faglige retningslinjer er ikke direkte rettslig bindende for mottakerne, men kan langt på vei være styrende for de valg som skal tas. Ved å følge oppdaterte faglige retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet i forhold til lovverket. Dersom en velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra de faglige retningslinjene, bør dette dokumenteres og begrunnes.

Direktoratet har sammen med sentrale samarbeidspartnere utformet metodiske og prosessuelle krav til arbeidet med utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer²³, der det legges vekt på:

- Kunnskapsbasering
- Brukermedvirkning
- Tverrfaglighet
- Tydelig og tilgjengelig dokumentasjon
- Fokus på praksis
- Implementering
- Evaluering
- Oppdatering

Utforming av anbefalingene vil variere ut fra hvilke målgrupper og hvilket fagfelt anbefalingene er laget for. Anbefalingene graderes ut fra en helhetsvurdering av den forskningsbaserte kunnskapen, vurderinger foretatt av klinisk ekspertise på feltet i Norge og vurderinger av etiske, politiske og økonomiske forhold.

For å sikre en helhetlig, integrert og kvalitativ god tjeneste må denne veilederen om det helsefremmende og forebyggende arbeid i helestasjons- og skolehelsetjenesten suppleres med faglige retningslinjer for utøvelse av tjenesten. Sosial- og helsedirektoratet vil fortløpende publisere Nasjonale faglige retningslinjer for de enkelte deler av fagfeltet.

I 2004-2005 vil det bli utgitt faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen og for undersøkelse av syn, hørsel og språk hos barn. Retningslinjer for å følge barn og unges vekstutvikling ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten er planlagt utarbeidet. Gjeldende anbefalinger finnes i vedlegg (kap. 8.7) til denne veilederen.

4.2 Nasjonalt helsenett

Kommunale helsetjenester omfatter en rekke ulike deltjenester som allmennlegetjeneste, legevakt, medisinsk habilitering og rehabilitering, forebyggende helsetjenester som bl.a. helsestasjoner og skolehelsetjeneste, jordmortjeneste mm.

²³ Statens helsetilsyn. Retningslinjer for retningslinjer. IK 2653. Revidert utgave 2002.

Nasjonalt helsenett, som omfatter de tidligere regionale helsenettene, er etablert som en rask og sikker infrastruktur for elektronisk samhandling mellom alle tjenesteytere i sosial- og helsetjenesten. De regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet samarbeider om etablering og drift av Nasjonalt helsenett. I løpet av sommeren 2007 vil en permanent organisasjon for Nasjonalt helsenett bli etablert. En viktig og prioritert oppgave er å knytte flere aktører, og særlig de kommunale helse- og sosialtjenestene, til dette nettet.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens kommunikasjonssystemer må forankres i kommunale nett som både tar hensyn til informasjonsutveksling internt i kommunen og til nødvendig informasjonssikkerhet ved tilkobling til eksterne nett. Ansvar for dette må ivaretas av kommunene. IT i helsestasjons- og skolehelsetjenesten er viktig i forhold til faglig oppdatering, økt samarbeid, tilgjengelighet og effektivisering av arbeidet.

Kommuner som ønsker å knytte seg opp mot helsenett må etablere et samarbeid med Nasjonalt helsenett i egen region, som har ansvar for brukerkontakten. Det stilles krav til sikkerhetsløsninger og risikovurdering på kommunal side for tilknytning til nettet.

Det er viktig at tilknytning av kommunale helse- og sosialtjenester til Nasjonalt helsenett skjer med utgangspunkt i kommunens egne behov og planer for nettetablering, slik at kommunene får en helhetlig kommunikasjonsløsning tilpasset egne behov – også for intern kommunikasjon i kommunen.

I forbindelse med tilknytning av kommuner til helsenett, er det behov for veiledning/ krav fra regionale helseforetak og Nasjonalt helsenett, bl.a. om hva som kreves for å ivareta sikkerhetskrav. Sosial- og helsedirektoratet startet i 2003 et arbeid med å etablere en felles bransjenorm for informasjonssikkerhet i helsesektoren. Dette vil få føringer for kommunenes tilknytning til nasjonalt helsenett.

5 METODER OG VERKTØY

Det er et økende fokus på å utvikle metoder og verktøy som har dokumentert effekt i det helsefremmede og sykdomsforebyggende arbeid. Studier og forskning på det forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tidligere vært lite prioritert. De metoder og verktøy som omtales i denne veilederen baserer seg på kunnskapsbasert praksis, faglitteratur, aktuelle lover og faglige veiledere. I tillegg til kunnskapsbasert praksis er det også viktig for helsepersonell å vektlegge brukers preferanser og egen praksiserfaring ved valg av metoder. Jf. Kap. 1.4.

5.1 Helseundersøkelser

En helseundersøkelse er undersøkelse av enkeltindivider for en vurdering av risiko og helsetilstand basert på opplysninger om livsstilsforhold, risikofaktorer, klinisk undersøkelse og prøver. Helseundersøkelsen kan videre benevnes som en generell helseundersøkelse, delvis helseundersøkelse eller en målrettet helseundersøkelse²⁴.

- **Generell undersøkelse:**
En slik undersøkelse baseres på en fullstendig anamnese (livsstilsforhold, risikofaktorer) og klinisk undersøkelse. For helsestasjon er det anbefalt et fast undersøkelsesprogram for barn på ulike alderstrinn.
- **Delvis helseundersøkelse:**
En delvis helseundersøkelse er en undersøkelse med tanke på spesifikk(e) sykdom(mer), for eksempel en hørseltest.
- **Målrettet helseundersøkelse:**
Målrettede helseundersøkelser er basert på kunnskap om den enkelte gjennom observasjon, informasjon fra den enkelte eller pårørende, og kartlegging av helseproblemer, tidligere sykdom, familien og nærmiljøet. Formålet med målrettede helseundersøkelser er individuell tilpasning til risiko og behov. Jf. kap. 2.4.

En helseundersøkelse kan i tillegg ha som formål å:

- opprette et konstruktivt samarbeid mellom helsearbeider og den enkelte eller familien om helsefremmende tiltak, uavhengig av helsetilstand for øvrig
- gi individuell veiledning i viktige helsespørsmål, som f. eks. hos barn om naturlig utvikling, atferdsproblemer, ulykker, ernæring og fysisk aktivitet
- oppdage og sette inn tiltak i forhold til utviklingsvansker hos sped- og småbarn
- opprettholde og fremme kunnskaper om helse og egen omsorg i befolkningen
- ha en informativ og pedagogisk målsetting
- gjennomføre barnevaksinasjonsprogrammet (www.fhi.no)

²⁴ Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelsetjenesten KITH 2002

5.1.1 Screening

Helseundersøkelser som blir satt i system, standardisert og applisert på hele befolkningsgrupper vil kunne være et instrument i generell helseovervåkning i samfunnet, epidemiologisk forskning og evaluering av tiltak i helsetjenesten.

Screening²⁵ er en: Rutinemessig og standardisert undersøkelse av en hel befolkningsgruppe ved hjelp av på forhånd utvalgte undersøkelsesmetoder som kan omfatte:

- Anamnese, spørreskjema
- Kliniske undersøkelser
- Laboratorieprøver

Screening kan inngå som en del av en delvis helseundersøkelse. Screening i helsestasjons- og skolehelsetjenesten har som formål tidlig diagnostisering og mulighet for tidlig intervensjon.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har formulert ti prinsipper for populasjonsbasert screening:

1. Tilstanden bør utgjøre et viktig helseproblem.
2. Det bør finnes en akseptert behandling for pasienter som har tilstanden.
3. Diagnose- og behandlingsfasiliteter bør være tilgjengelige.
4. Tilstanden bør ha et latent eller tidlig asymptomatisk stadium.
5. Det bør finnes en egnet test eller undersøkelsesmetode.
6. Testen bør være akseptabel for befolkningen.
7. Tilstandens naturlige forløp, herunder utvikling fra latent til manifest fase, bør være adekvat forstått.
8. Det bør foreligge enighet om hvem som skal få behandling.
9. Kostnadene ved sykdomsoppfølging (herunder diagnostikk og behandling) må stå i et rimelig forhold til helsevesenets samlede utgifter.
10. Funn av tilstanden bør forekomme fortløpende og ikke som et "en gang for alle" prosjekt.

Eksempel på screeningundersøkelser kan være syns- eller hørselundersøkelse.

5.2 Konsultasjoner²⁶

En konsultasjon er en direkte kontakt mellom helsepersonell og gravide, barn/ ungdom eller foresatte²². Arbeidsformen i helsestasjon og skolehelsetjenesten bør være en kombinasjon av konsultasjoner individuelt og i gruppe.

Helsestasjon er et naturlig møtested for å danne sosiale nettverk, fordi det er et sted hvor alle familier med barn har et tilbud. Familiene bør ha tilbud om deltakelse i grupper for å få drøfte erfaringer og utfordringer knyttet til foreldrerollen. Også i skolehelsetjenesten anbefales det at tjenesten tar initiativ til ulike typer gruppesamtaler.

²⁵ Statens helsetilsyns utredningsserie 1-98, Somatiske undersøkelser for barn og unge fra 0–20 år, s 13.

²⁶ Statens helsetilsyns utredningsserie 5-98 Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år

- Individuell konsultasjon

Definisjon: En enkelt brukers konsultasjon av helsetjenesten.²⁷

Barn og familier med spesielle behov som trenger oppfølging, bør tilbys individuelle konsultasjoner i tillegg til det fastsatte programmet.

Individuelle samtaler f. eks. i skolehelsetjenesten er viktig for å identifisere elever som har behov for tettere oppfølging, henvisning til utredning og behandling. Erfaringer tilsier at enkelte elever som oppsøker skolehelsetjenesten for banale fysiske plager, eks. vondt i magen, kløe, stiv nakke, egentlig kommer fordi de har psykososiale problemer. (Jf. kap. 7.2 Forebyggende psykososialt arbeid)

- Gruppekonsultasjon

Definisjon: Rutinemessig konsultasjon i helsestasjons- og skolehelsetjenesten som gjennomføres i grupper med vekt på helseopplysning, råd og veiledning²⁸.

Målet med gruppekonsultasjoner er at foreldre eller barn/unge i samme situasjon treffes, utveksler erfaring, får innsikt, forståelse og hjelp når det gjelder å mestre omsorg og foreldrerollen eller utfordringer de står overfor. Den sosiale kontakten mellom foreldre på helsestasjon kan danne grunnlag for bedre sosialt nettverk i deres nærmiljø. Mange foreldregrupper blir selvdrevne etterpå.

Andre typer grupper kan være:

- Barselgrupper:
Tar opp temaer som kan støtte foreldrene i barseltiden.
- Samtalegrupper på grunnlag av spesielle behov.
Det kan være tvillingforeldre, pappagrupper, alenemødre, barn med søvnproblemer, foreldre til tenåringer, barn av psykisk syke foreldre, barn som har opplevd dødsfall eller samlivsbrudd.
- Temagrupper
Gruppemøter som arrangeres av helsesøster i samarbeid med andre faggrupper, for eksempel fysioterapeut, lege, psykolog.

5.3 Brukermedvirkning i praksis

Brukermedvirkning er en viktig strategi og et bærende prinsipp i norsk helse- og sosialtjeneste. Det gjenspeiles også i helse- og sosiallovgivningen blant annet i pasientrettighetsloven og forskrift om individuell plan. Videre vektlegges medbestemmelse og medvirkning gjennom empowermentstrategier i folkehelsearbeidet. Tjenesteytere skal bidra til at brukermedvirkningen blir reell, ikke bare formell.

Det er nyttig å bruke fora som ungdommens kommunestyre, barne- og ungdomsråd, elevråd, kontaktutvalg mv. til å innhente barn og ungdoms egne synspunkter på hva som er risikofaktorer i nærmiljøet. Utfordringen ligger i å lykkes med at barn og unge opplever at deres erfaringer og innspill får konsekvenser når beslutninger tas og nye tiltak skal utformes.

²⁷ Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, KITH 1 juli 2002

²⁸ Definisjonskatalog for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, KITH 1 juli 2002

I henhold til FNs barnekonvensjon, artikkel 12, har barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, rett til fritt å gi uttrykk for disse synspunktene i alle forhold som vedrører barnet. Barnets synspunkter skal tillegges behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

5.4 Helseopplysning og informasjon

Helseopplysning er tiltak innen forebyggende og helsefremmende arbeid som tar sikte på å påvirke menneskers atferd og holdninger vedrørende ulike levevaner.²⁴ Målet med helseopplysning er å gi den enkelte kunnskapsgrunnlag for å ivareta egen helse.

Helsestasjonen er den viktigste offentlige arena for helsefremmende og forebyggende arbeid for gravide, sped- og småbarn og deres foreldre. Det er viktig at ansatte har et bevisst forhold til hvilken informasjon som gjøres tilgjengelig, og på hvilken måte informasjon formidles gjennom helsestasjonsvirksomheten.

5.5 Rådgivning og veiledning

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har en viktig rolle innen den helsefremmende og forebyggende virksomhet. I tjenesten må det settes fokus på metoder og prosesser som fører frem til at foreldre, barn og unge positivt blir i stand til å påvirke egen helse, trivsel og mestring. Budskapet må stimulere til refleksjon og handling, ikke være moraliserende.

Veiledning

Definisjon: en planlagt pedagogisk prosess som er tilpasset brukerens forutsetninger og behov, og som legger til rette for at den som veiledes selv oppdager og lærer. Veiledning kan også innebære undervisning, rådgivning og informasjon.²⁴

Rådgivning

Definisjon: forslag til tiltak og løsninger basert på helsefaglige opplysninger som er tilpasset brukerens forutsetninger og behov.²⁹

Rådgivning må baseres på best mulig dokumentert kunnskap, ikke bare på den enkelte helsearbeiders personlige skjønn og overbevisning. Det er viktig at helsepersonell er tydelige på hva som er grunnlaget for deres rådgivning. (Jf. Kap.4)

5.6 Tverrfaglig samarbeid

Definisjon: En arbeidsform der flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål.²⁴

Det er viktig at kommunene sørger for å vektlegge samarbeid mellom fagpersoner med forskjellig kompetanse, og at det settes av tid til å ivareta

²⁹ Definisjonskatalogen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, KITH 1 juli 2002

samarbeidsrelasjoner. Tjenesten vil dra nytte av dette både når det gjelder planlegging, koordinering og gjennomføring av tiltak.

Tverrfaglige og tverretatlige møter kan bidra til å øke kvalitet, kompetanse og kunnskap hos de ulike samarbeidspartnere. (Jf. Kap. 3.4 om taushetsplikt) Kommunikasjon er grunnlaget for alt samarbeid, og det forutsetter kunnskap om kommunikasjon. Samarbeidspartnere må ha en felles problemforståelse og målsetting til det beste for bruker samt respekt for ulik fagbakgrunn.

Eksempler på tverrfaglig samarbeid kan være kommunale konsultasjonsteam, SO-team³⁰ (seksuelle overgrep mot barn), eller når flere tjenester organiseres sammen i familiesentraler (jf. kap. 2.3.2).

5.6.1 Samarbeidsrutiner

Forskriften pålegger helsestasjons- og skolehelsetjenesten å ha rutiner for samarbeidet med fastlegene, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten. Det anbefales at samarbeidsrutiner foreligger skriftlig. Det er ikke noe myndighetskrav, men det letter arbeidet når det kommer nye personer inn i tjenestene, og det letter kvalitetsarbeid og internkontroll. Skriftlige samarbeidsrutiner kan også bidra til økt synliggjøring av og forpliktelse til samarbeid.

³⁰ Seksuelle overgrep mot barn, en veileder for hjelpeapparatet IS-2060 Sosial- og helsedirektoratet 2003

6 TILBUD TIL GRAVIDE

Tilbudet omfatter helseundersøkelser, svangerskapskontroll, rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov. Dette kan omfatte henvisning til videre oppfølging i helsetjenesten i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten. I forbindelse med svangerskapskontrollen bør det vurderes om det foreligger særskilte risikoforhold for den enkelte gravide, det være seg arbeidsforhold, miljø (røyk, rus), tidligere spontanaborter eller annet.

Svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten er et tilbud til alle gravide kvinner og deres partnere. En helhetlig svangerskapsomsorg er familiefokusert og kulturtilpasset. Svangerskapsomsorgen skal møte mennesker med respekt.³¹

Gravide kvinner med behov for spesiell hjelp og omsorg er særlig avhengige av en svangerskapsomsorg der samarbeidet fungerer godt mellom jordmor, helsestasjonslege / fastlege /spesialisthelsetjenesten og helsesøster. Har den gravide eller hennes familie behov for særlig omsorg, er det spesielt viktig at det er utviklet et godt samarbeid mellom jordmor, lege og helsesøster. Det er en fordel at helsesøster har blitt kjent med familien før den nyfødte kommer til helsestasjon. Det kan være behov for å samarbeide med blant andre fysioterapeut, psykolog, barnevernstjeneste, ergoterapeut, ernæringsfysiolog og helse- og treningsrådgiver. Det utfordrer til et forpliktende samarbeid mellom de involverte instansene i kommunehelsetjenesten og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Siden mange gravide og de fleste spedbarnsmødrene benytter seg av tilbud på helsestasjonen er det viktig å benytte anledningen til å gi informasjon om betydningen av fysisk aktivitet for helsen både for barna og mødrene selv. Det er gode holdepunkter for at fysisk aktivitet i svangerskapet reduserer forekomsten av svangerskapskomplikasjoner (diabetes, svangerskapsforgiftning, ekstrem vektøkning). Fysisk aktivitet under svangerskapet vil styrke mors fysiske form generelt og vil kunne lette fødselsprosessen og bidra til at hun raskere kommer seg etter fødselen.

Helsestasjon skal tilby opplysningsvirksomhet og samlivs- og foreldreveiledning til gravide. I denne sammenheng kan det tilbys fødsels- og foreldreforbereende kurs for å styrke foreldres kunnskaper og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid. Veiledning om kosthold, trening og fysisk aktivitet i svangerskapet er viktig. Kursene bør være et samarbeid mellom fagpersoner som helsesøster, fysioterapeut og jordmor. Andre fagpersoner som for eksempel psykolog eller familieterapeut kan bidra om ønskelig.

³¹ Retningslinjer for svangerskapsomsorgen IS-1179, Sosial- og helsedirektoratet

Fra 1. mai 2004³² er folketrygdloven § 5-12, som omfatter jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon og følgetjeneste, utvidet til å omfatte svangerskapskontroller både hos privatpraktiserende jordmor med kommunal driftsavtale og kommunalt ansatt jordmor i tilknytning til helsestasjon. Samtidig er refusjonsordning for helsestasjoner etter § 5-11 opphevet. Gjennom endring i stønadsforskriften for legehjelp og den nye forskriften for jordmorhjelp vil kommunene fortsatt få refusjon for svangerskapskontroller utført av lege og jordmor i helsestasjon etter takster i disse forskriftene.

Kommunen har ansvar for å sikre tilgang på jordmortjeneste i tilknytning til helsestasjonen og/eller gjennom driftstilskudd til jordmødre.

Endringer i fødselsomsorgen påvirker svangerskapsomsorgen. Implementering av "Faglige krav til fødeinstitusjoner" vil kreve en differensiering og seleksjon av gravide for at Norge fortsatt skal ha en desentralisert fødselsomsorg³³. For å lykkes er det avgjørende med kontinuitet i svangerskapsomsorgen og et systematisk samarbeid mellom jordmødre og leger og fødeenheter³⁴. Lokale tilpasninger og ulike organisasjonsmodeller i svangerskaps- og fødselsomsorgen kan bli et resultat av omstillingsprosessen³⁵.

³² Rundskriv I-7/2004

³³ Faglige krav til fødeinstitusjoner. IK-2565. !997. Statens helsetilsyn

³⁴ St.meld. 43 (1999-2000). Om akuttmedisinsk beredskap. Det kongelige sosial- og helsedepartement

³⁵ Inst. S. nr. 300: Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap. Det kongelige sosial- og helsedepartement.

7 TILBUD TIL BARN OG UNGDOM 0–20 ÅR

Helsestasjon er en del av kommunehelsetjenesten som utøver planmessig helsefremmende og forebyggende helsearbeid mot barn 0–6 år.³⁶

Det helsefremmende og forebyggende arbeid omfatter helseopplysning, veiledning, helseundersøkelser og vaksinasjoner, oppfølging av sped- og småbarn med spesielle behov og oppfølging av foreldre med behov for utvidet støtte. Gjennom helsesamtale får man kartlagt hvilke behov, problemer og ressurser som brukeren har, samt mulighet til å bistå bruker med hjelp til å foreta valg.

Det er viktig at helsestasjons- og skolehelsetjenesten fremstår som et tilbud både til foreldre, barn og unge. Barn og unges oppvekstvilkår er blant annet påvirket av foreldres ulike og skiftende samlivsformer. Tilbudet må være attraktivt også for de som ikke følger det tradisjonelle kjernefamiliemønsteret.

Kjønnspektivet er et sentralt redskap for å nå målet om et best mulig tilbud til alle. Det innebærer at det skal tas hensyn til kvinners og menns ulike liv, vilkår, ønsker og behov i utviklingen av tjenestetilbudet. Det er spesielt viktig å være lydhør overfor gutters og menns behov når det gjelder utforming av tjenestene.

Utgangspunktet for helsestasjons- og skolehelsetjenestens helsefremmende og forebyggende oppgaver er at hovedansvaret først og fremst ligger hos den enkelte og foreldrene. Helsepersonells rolle er å støtte opp under dette ansvaret i samarbeid med den enkelte og familien.

Helsestasjon har en sentral funksjon i å fange opp tidlige signaler på mistriksel og utviklingsavvik. Det må legges tilrette for støttetilbud, iverksetting av spesielle tiltak, henvise til behandling, vise til og gi nødvendig informasjon om hjelpetiltak fra andre instanser mv.³⁷

Skolehelsetjeneste er en lovpålagt oppgave hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. Styrking av helsefremmende og forebyggende helsetjenester til barn og ungdom er et prioritert nasjonalt satsningsområde.³⁸ Tjenesten er et viktig lavterskeltilbud som skal være lett tilgjengelig for alle elever i Norge som går på offentlige skoler og skoler som kommer inn under privatskoleloven. Personer som i opplæringsøyemed utplasseres i virksomheter blir å anse som arbeidstakere og omfattes av forskrift av 14. mai 1993 nr. 353 til arbeidsmiljøloven §3 nr. 2 bokstav f. Dette gjelder elever i praksisperioder og lærlinger.

Skolehelsetjenesten utøver planmessig helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot elever, til og med videregående skole. Skolehelsetjenestens formål er å arbeide for å fremme elevenes totale helse og forebygge sykdom, skade eller lyte. Tjenesten skal samarbeide med hjem, skole og det øvrige hjelpeapparat

³⁶ Definisjonskatalogen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, KITH 1 juli 2002

³⁷ Stortingsmelding nr. 39, Oppvekst og levekår for barn og ungdom i Norge.

³⁸ St.meld.16 2002-2003 Resept for et bedre Norge

i samfunnet for å identifisere og løse de helsemessige problemer som spesielt knytter seg til skoleelevers situasjon. Tiltakene gjelder både enkeltelever og hele skolemiljøet - fysisk og psykososialt, innendørs og utendørs^{39 40}. Helsetjenesten kan bidra med viktige helsefremmende og forebyggende tiltak som tilrettelegging for at elevene får mulighet til en times fysisk aktivitet pr dag, og gode rammer rundt skolemåltidet.⁴¹

Planlegging og etablering av helsestasjons- og skolehelsetjenesten må ta høyde for at tjenesten er et tilbud som barn og ungdom over en viss alder besøker uten at de er i følge med foresatte. Barn og ungdom bør derfor tas med i utvikling og evaluering av tilbudet.

Å åpne opp for individuelle konsultasjoner etter klare kriterier er en effektiv metode for å få informasjon om enkelte elevers skoletrivsel og skolerelaterte helseproblemer, samt å få kjennskap til trender i skolemiljøet.

Helsetjeneste for ungdom omfatter rådgivning, veiledning, undersøkelser og behandling som er tilpasset ungdommens behov og gis på deres premisser. Ungdomshelsestasjon skal være et supplement til, og ikke en erstatning for, skolehelsetjenesten⁴². Tilbudet retter seg mot ungdom opp til 20 år. Ungdom som ikke går på skole, har også en forskriftsfestet rett til helsestasjonstjeneste.

Helsefremmende og forebyggende innsats overfor ungdom påpekes i nasjonale mål og en rekke statlige dokumenter^{43 44}. Til enhver tid har ca. 10 - 20 prosent av de unge så store problemer med angst, depresjon, psykosomatiske lidelser, atferdsproblemer eller rusproblemer at det går ut over deres daglige fungering, og ca 4 -7% av barn og unge har behov for behandling. Det vil si at i en gjennomsnittlig 10.klasse er det 6 elever som har en eller flere helseplager daglig. Gjennom å tilby råd, veiledning og mulighet for gjentatte samtaler kan ungdomshelsestasjonen bidra til styrking av den unges selvtillit, egenomsorg, ansvar og sosiale ferdigheter ^{45 46 47}
48 49 50 51 52 53

Aktuelle tema for ungdomshelsetjeneste er:

- Seksualitet, samliv og prevensjon, inkludert seksuell legning, hiv og seksuelt overførbare infeksjoner og sykdommer, seksuelle overgrep og vold.
- Fysisk og psykisk helse; herunder trivsel, fysisk aktivitet, kosthold, spiseforstyrrelser, forebygging av selvmord, mobbing, rus, røykeslutt-tilbud, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse.

³⁹ Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler, nr. 928

⁴⁰ IS-1130 Sosial- og helsedirektoratet 2003 Rapport om Skolens utearealer.

⁴¹ Retningslinjer for skolemåltidet i grunnskole og videregående skole, Sosial- og helsedirektoratet. 2003.

⁴² Definisjonskatalogen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten KITH 1.juli 2002

⁴³ Resept for et sunnere Norge, folkehelsepolitikken (2002 –2003) , St.meld.nr. 16

⁴⁴ Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse I-1088, 2003

⁴⁵ Barne- og familiedep. Stortingsmelding nr. 39, 2001-20902 Oppvekst og levekår for barn og ungdom i Norge.

⁴⁶ Statens helsetilsyn 5-98, Helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn og unge 0-20 år.

⁴⁷ www.klara-klok.no (rådgivningstjeneste for ungdom hvor de kan være anonyme)

⁴⁸ www.unghelse.no

⁴⁹ Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring, 5-2000, IK-2723.

⁵⁰ Handlingsplan mot kjønnslemlestelse, Q-1012B

⁵¹ Levekår og livskvalitet for lesbiske og homofile i Norge, St.meld. nr 25, 2000-2001

⁵² Sosial – og helsedir. Rapport for helsestasjon for ungdom 2004

⁵³ Handlingsplan mot tvangsekteskap – BFD- Q-0980/2

7.1 Helseundersøkelser og rådgivning

Fra svangerskapet og til avsluttet grunnskole er det et fastlagt anbefalt helsestasjons- og skolehelsetjenesteprogram med individuelle helseundersøkelser og rådgivning individuelt og i gruppe.

I alderen 16-20 år tilbys individuelle helseundersøkelser, veiledning og rådgivning ved behov. Forøvrig gis helseopplysning i grupper (skoleklasser). Se vedlegg 8.6.2.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal etter samtykke fra bruker, henvise videre til andre instanser dersom det avdekkes helseproblemer som trenger oppfølging utover det tjenesten selv kan tilby.

7.2 Forebyggende psykososialt arbeid

Med forebyggende psykososialt arbeid menes tiltak som fremmer gode mellommenneskelige, sosiale og miljømessige forhold for å forhindre psykiske plager/sykdom og problemskapende atferd. Forebyggende psykososialt arbeid er nå en forskriftsfestet oppgave i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 bidrar Staten med øremerkede midler til styrking av denne delen av tjenesten. Det er i perioden lagt opp til en økning med 800 årsverk på landsbasis.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten har tilbud til alle barn og unge og deres foreldre. En god psykisk helse er viktig fra første leveår. Tjenesten har en sentral og viktig rolle i forebyggende psykososialt arbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud, arbeidsmetoder og organisering gir et godt utgangspunkt for tidlig identifisering og oppfølging av barn, ungdom og familier med psykososiale problemer.

Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet anbefaler å prioritere tidlig intervensjon innen det psykiske helsevernet for barn. Dette innebærer både å identifisere barna som står i fare for å utvikle psykiske problemer, og å tilrettelegge for egnede tilbud. En forskningsbasert beskrivelse fra Nasjonalt folkehelseinstitutt om utbredelsen av psykiske lidelser blant barn 0 –12 år avdekker at av barn mellom fire og ti år har 10 –20 prosent psykiske plager som påvirker deres funksjonsnivå. Mellom 4 og 7 prosent av barna er behandlingstrengende, andelen øker med økende alder.

Problemene dreier seg om psykiske problemer og lidelser som for eksempel ensomhet, mistrivsel og utviklingsavvik, mishandling og overgrep, rusbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt, utagerende eller asosial adferd. En del barn og ungdom med flyktning- og asylbakgrunn har vært utsatt for store traumatiske påkjenninger, og vil derfor ha behov for spesielle tiltak og oppfølging.

Helsestasjonens gruppevirksomhet bidrar til å øke kontakten mellom småbarnsfamilier slik at den enkelte familie lettere integreres i et sosialt fellesskap. Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er sentralt i arbeidet med psykisk helse. Tjenesten skal i samarbeid med det psykiske helsevern forebygge psykiske plager og lidelser. Målet er å få et helhetlig og individuelt tilrettelagt behandlingsnettverk, og forebyggende tiltak der brukerperspektivet står i sentrum.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse "... sammen om psykisk helse ...", utgitt av Helsedepartementet (2003) i samarbeid med 6 andre departementer, lister opp 100 tiltak for å styrke barn og unges psykiske helse. Planen har en helsefremmende og forebyggende profil som legger vekt på å styrke befolkningens egne ressurser og evne til selv å mestre livets utfordringer. Planen presenterer konkrete strategier og tiltak for å styrke barn og unges psykiske helse. For å lykkes blir det fremhevet at et godt og systematisk helsefremmende og forebyggende arbeid må foregå på de arenaer barn og ungdom befinner seg. Det legges vekt på kunnskap og kompetanse i tråd med barn og unges behov.

I det forebyggende psykososiale arbeidet bør helsestasjons- og skolehelsetjenesten være særlig opptatt av grupper med spesielle behov. Dette gjelder både barn, ungdom og familier i risikogrupper, og barn og ungdom som allerede har psykiske lidelser eller problemer.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en viktig arena for tidlig intervensjon. Tjenesten må ha kompetanse på å fange opp signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik. (Jf. tiltak nr. 37 i strategiplanen for barn og unges psykiske helse).

Etniske minoritetsgrupper (minoritetshelse)

Tjenestetilbudet må også være tilrettelagt for barn og ungdom med minoritetsbakgrunn. Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få veiledning i utfordringer ved å oppdra barn i Norge, og hva det innebærer å vokse opp med minoritetsbakgrunn i Norge. I mange tilfeller vil det være nødvendig å bruke tolk for å sikre at informasjonen blir forstått.

Etniske minoritetsgrupper er en heterogen gruppe som omfatter nasjonale minoritetsgrupper som samer og norske rom/sigøynere og personer som har etnisk bakgrunn fra andre deler av verden. I tillegg til etniske, kulturelle og religiøse forskjeller, fører ulikheter i sosiale og økonomiske forhold til forskjeller i helsetilstand og helseadferd. De har dermed ulike behov for tjenester, informasjon og oppfølging fra helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

For barn og ungdom med etnisk minoritetsbakgrunn kan helsestasjon og skolehelsetjeneste være det tilbudet de ønsker å benytte for å ta opp problemer knyttet til det å være etnisk og språklig minoritet, og problemer knyttet til dobbel eller blandet kulturell tilhørighet. Dette er blant annet kjent fra områder med blandet norsk og samisk befolkning. Det er svært viktig at helsestasjon og skolehelsetjeneste bistår barn og ungdom med slike bearbeidingsprosesser over tid, slik at de kan få styrket selvfølelse.

Blant de nasjonale minoritetene rom og romanifolk, også kalt sigøynere og reisende, er det en del familier som driver utstrakt reisevirksomhet eller er helt uten fast bopel. Særlig blant sigøynere er det mange som har mer eller mindre faste årlige reisesykluser. Dette kan innebære at barn og ungdom ikke får benyttet helsestasjon og skolehelsetjeneste i ønskelig grad. Hvis bofaste familier ikke møter, bør det gjennomføres hjemmebesøk. Dersom helsestasjonen får besøk av barn og ungdom uten fast bopel, er det også viktig å sjekke deres vaksinasjonsstatus.

Kunnskap om minoritetsgruppene helseforhold er viktig for helsepersonell som har utstrakt kontakt med brukerne. Helsepersonell må settes i stand til å møte disse utfordringene i sin hverdag gjennom kunnskap, metode og kompetanseheving. Helsestasjon bør være en ressurs i arbeidet med minoritetsgrupper. Temaheftet ” Psykisk helse hos flyktninger – vanlige reaksjoner og forebygging av psykiske problemer (UDI 2003) setter fokus på hvordan man kan forstå psykiske problemer hos flyktninger og asylsøkere og hva man kan gjøre for å forebygge / lindre plagene⁵⁴.

To viktige utfordringer er:

- Forebygging av kvinnelig omskjæring
Ansatte i helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha kompetanse og kunnskap til å kunne gi informasjon til aktuelle brukergrupper, og til å forebygge kvinnelig omskjæring hos jenter. Iflg. norsk lov er omskjæring av kvinner forbudt⁵⁵. Helsepersonell og andre definerte yrkesgrupper har en straffesanksjonert plikt til å søke å avverge kjønnslemlestelse. Avvergelsesplikten er hjemlet i lovens § 2. Det er utarbeidet en veileder: Praktisering av ny bestemmelse om avvergelsesplikt i lov om forbud mot kjønnslemlestelse (IS-1193).
- Forebygging av tvangsekteskap
I følge norsk lov og grunnleggende menneskerettigheter skal alle ha frihet til å foreta egne valg og til selv å bestemme over egen kropp og eget liv. Å tvinge eller true noen til å inngå ekteskap mot sin vilje, eller medvirke til dette, er forbudt ved lov i Norge og kan straffes med inntil 6 års fengsel.⁵⁶

Signaler om at ungdom utsettes for press om tvangsekteskap krever oppmerksomhet og oppfølging, dersom helsestasjons- og skolehelsetjenesten får informasjon om dette.

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) v. Ullevål universitetssykehus åpnet i juni 2003 www.nakmi.no . Virksomheten skal arbeide for et best mulig helsetilbud til minoritetsgrupper med flyktning- og innvandrerbakgrunn, og skal omhandle helse og omsorg, både psykisk og fysisk.

MiRA-senteret er et ressurs- og kompetansesenter for innvandrer- og flyktningekvinner som blant annet arbeider med disse problemstillingene www.mirasenteret.no . Andre organisasjoner som samarbeider med myndighetene om disse spørsmålene er Oslo Røde Kors Internasjonale Senter (ORKIS) og Selvhjelp for innvandrere (SEIF).

7.3 Opplysningsvirksomhet og veiledning

Opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet omfatter blant annet temaene: Svangerskap, barseltid, barnestell, amming, samspill, kosthold, tannhelse, lek og bevegelsesutvikling, språkutvikling, sosial kompetanse, tilknytning til familie,

⁵⁴ Veileder for helsestasjonstilbud til asylsøkere og flyktninger, IS-1022

⁵⁵ Lov om forbud mot kjønnslemlestelse av 15 desember 1995, nr. 74

⁵⁶ Handlingsplan mot tvangsekteskap, 1998. Q-0980/2

venner/sosialt nettverk, fysisk og psykisk utvikling^{57 58}, fysisk aktivitet, bruk av tobakk, herunder eksponering for passiv røyking, rusmidler, inneklimate, skade- og ulykkesforebygging, samliv, seksualitet og prevensjon og smittevern, herunder vaksiner, forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner og kvinnelig omskjæring.

Sosial- og helsedirektoratet utgir nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og rapporter som gir faglig grunnlag for opplysningsvirksomheten. For helsestasjons- og skolehelsetjenesten er Helsetilsynets utredningsserier (1 og 5, 1998) gjeldende på de områdene det ikke foreligger nyere retningslinjer.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør også fokusere på, i et tverrfaglig samarbeid, å fremme sunn livsstil gjennom styrking av barn og ungdoms selvfølelse og trygghet, fysisk aktivitet og gode kostvaner. Disse områdene er utpekt som satsningsområder i folkehelsearbeidet.

Opplysningsvirksomhet og veiledning må være tilrettelagt for mennesker med syns-, hørsels-, forståelses- og leseproblemer.

7.3.1 Foreldreveiledning

På helsestasjonen er veiledning knyttet til sped- og småbarns vekst og utvikling og foreldrerollen. Det handler om kostholdsveiledning, motorisk stimulering, samspill, riktige leker, sikkerhetsutstyr mv. Det er også utviklet foreldreveiledningsprogram som kan være en støtte for foreldre med barn i skolealder.⁵⁹

- Foreldreveiledningsprogrammet har som mål å styrke omsorgen og oppveksten for barn og unge for å forebygge sosiale og psykiske problemer.
- Programmet legger vekt på å fremme opplevelse av egen mestring og egenverd i forholdet mellom barn og foreldre og foreldre og fagfolk.
- Programmet bidrar til å dyktiggjøre voksne i foreldrerollen, og til å utvikle et tidlig og godt samspill mellom foreldre og barn. Metodene bygger på utviklingsstøttende kommunikasjon.
- En vesentlig del av programmet innebærer tilrettelegging av møteplasser der foreldre kan ta opp spørsmål og utveksle erfaringer når det gjelder oppdragelse av barn. Programmet kan tilrettelegges for bruk i konsultasjonsgrupper og samtalegrupper.

7.4 Hjemmebesøk og oppsøkende virksomhet

Hjemmebesøk er virksomhet der helsepersonell gir tjenester i brukerens hjem.⁶⁰ Jf. forskriftens § 2 –3 skal helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0–20 år omfatte hjemmebesøk/ oppsøkende virksomhet. Det innebærer at alle nyfødte skal få tilbud om hjemmebesøk, og at det i andre tilfeller må vurderes om hjemmebesøk er hensiktsmessig.⁶¹

⁵⁷ En god start, en veileder til bruk i diagnoseprosessen ved funksjonshemning hos foster og barn 2002, ISBN 82-8081-007-02

⁵⁸ Sosial – og helsedirektoratets gratis servicetelefon for sjeldne funksjonshemninger, tlf.nr. 800 41 710

⁵⁹ www.foreldreveiledning.dep.no

⁶⁰ Definisjonskatalogen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten, KITH 1 juli 2002

⁶¹ Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, nr. 450

Hjemmebesøk gir helsepersonell mulighet til å bli kjent med familien i deres eget miljø. Det gir ofte en bedre innfallsvinkel til det videre samarbeidet. Familien får svar på spørsmål, samt råd og veiledning på hjemmebane. Arbeidsformen er tidkrevende, men er viktig i det forebyggende arbeidet.

Hjemmebesøk hos familier med nyfødte barn

Besøk hos familier med nyfødte barn har vært et tradisjonelt viktig fundament i helsestasjonstjenesten. Det er forskriftsfestet at alle nybakte foreldre skal tilbys hjemmebesøk. Hjemmebesøket tilbys helst innen to uker etter fødsel. Formålet med hjemmebesøk er: ⁶²

- Foreldrene får individuell informasjon, støtte og veiledning ut i fra behov.
- Å etablere kontakt tidlig, helst med begge foreldre tilstede.
- Å legge grunnlag for videre oppfølging av barnet og samarbeidet med familien.

Hjemmebesøk/ oppsøkende virksomhet til barn og ungdom

Det kan være behov for hjemmebesøk til større barn. Hjemmebane gir ofte en trygghet for barnet, og det blir lettere å oppnå kontakt. Man får observert ferdigheter og samspill i deres vante omgivelser. Hjemmebesøk til barn og ungdom kan gjennomføres når det er spesielle behov hos familien som for eksempel: adopsjon, sykdom, dødsfall eller bekymring for familier som blant annet ikke møter til avtaler på helsestasjon eller skolehelsetjenesten.

Oppsøkende virksomhet kan være å besøke barn og ungdom på deres arenaer, som for eksempel i ungdomsklubber.

7.5 Samarbeid med skolen om elevenes arbeids- og læringsmiljø

Helsetjenesten må samarbeide med skole om tiltak som fremmer fysisk og psykososialt lærings- og arbeidsmiljø for elevene⁶³. Skolehelsetjenesten må være kjent med opplæringsloven §9 A *Elevenes sitt skolemiljø* og med kravene i forskrift 1 desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler mv.

Skolehelsetjenesten har et ansvar i å medvirke til å øke barn og ungdoms kunnskaper om hvordan mestre sitt eget liv, og ta selvstendige valg i forhold til egen helse og levevaner. Det innebærer at skolehelsetjenesten bør bidra til skolens helseundervisning i den utstrekning skolen ønsker det. Den må tilpasses elevenes behov, hverdag og nærmiljø.

Her nevnes noen få eksempler på undervisningsopplegg som inviterer til samarbeid mellom skolen og skolehelsetjenesten:

- **VÆR røykFRI.**
er et tobakksforebyggende undervisningsprogram på ungdomsskolenivå, med dokumentert effekt på tobakksbruk. Programmet driftes av Sosial- og helsedirektoratet avd. tobakk. "Røyksignaler" er et program for videregående skoler.
- "Om kultur, kropp, kommunikasjon" Materiell om spiseforstyrrelser, utgitt av Sosial- og helsedepartementet 1999 I-0955B

⁶² 5-98 Utredningsserie, Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0–20 år, Statens helsetilsyn IK - 2621

⁶³ Sosial- og helsedirektoratet 2003, rapport om Skolenes utearealer, Is-1130

- Samliv og seksualitet - Ressursbok for lærere F-4113, Om ungdom, samliv og seksualitet - Informasjon til foreldre I-1079, Til elever – om ungdom, samliv og seksualitet I-1078.

7.5.1 Helseopplysning i skolen

Helseopplysning må sees i sammenheng med skolens undervisningsplaner, og bør være integrert i disse. Et tett samarbeid mellom skole og helsetjeneste er nødvendig for å kunne jobbe forebyggende på et tidlig stadium for å bedre elevenes oppvekstmiljø. Det meste av skolehelsetjenestens virksomhet kan foregå i klasser eller i grupper på skolen, hvilket forutsetter et samarbeid mellom pedagoger, elever og helsepersonell. Helseopplysning har vist gode resultat der individuell tilnærming og gruppetilnærming kompletterer hverandre. Kunnskapsformidling av helsefaglige temaer i klasser kan kombineres med utdyping gjennom samtale i gruppe. Overfor ungdom er det av stor betydning at det i gruppeprosessen vektlegges utveksling av tanker og meninger elevene imellom for å skape egenaktivitet, involvering og innlevelse.

Ulike grupper i skolehelsetjenesten kan være:

- Helseopplysningsgrupper / temagrupper for eksempel om rus, røykesluttkurs, pubertet, seksuell helse eller prevensjon.
- Samtalegrupper kan være et tilbud til elever med samme problemstilling, eller på samme klassetrinn.
- Selvhjelpsgrupper, f.eks. en gruppe elever som har en kronisk sykdom, eller en gruppe for å styrke jenters selvtillit. Her vil medlemmene støtte og hjelpe hverandre.
- Konsultasjonsgruppe, rutinemessige konsultasjoner som er organisert i gruppe.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse fremhever helsefremmende skoler (HEFRES) som et av sine tiltak⁶⁴. Norge har siden 1993 vært med i HEFRES, et europeisk nettverk for helsefremmende skoler, som er et samarbeidsprosjekt mellom WHO, EU og Europarådet, etablert i 1991.

7.5.2 Individrettet helsetjeneste for elever

Det individrettede arbeid i skolehelsetjenesten er målrettede helseundersøkelser på bestemte alderstrinn, individuell veiledning etter "Åpen dør" - prinsippet og oppfølging av elever med spesielle behov. Det at helsepersonell er tilstede på skolen til faste tider er viktig for at elever med fysiske eller psykososiale problemer søker hjelp. Helsetjenesten bør ha et nært samarbeid med skolens ansatte med sikte på å fange opp og følge opp barn med spesielle behov. Jf. kap. 5.2

Gjennom tilstedeværelse i skolemiljøet vil skolehelsetjenesten kunne:

- sikre en (helt nødvendig) lav terskel for at elever og ansatte kan ta kontakt med tjenesten
- sikre en lav terskel ved å delta i undervisningen av elever og i rådgivning av skolens undervisningspersonale

⁶⁴ Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, 2003, I – 1088 tiltak nr. 29

- være i stand til å vurdere det psykososiale miljøet på skolen og hverdagsmiljøet for elevene for øvrig, og komme med troverdige bidrag til nødvendige helsefremmende og forebyggende tiltak

7.5.3 Undervisning og deltakelse i foreldremøter

Dersom skolen ønsker det, kan helsepersonell bistå i undervisningsopplegg relatert til natur- og miljøfag. Læreplanverket for den 10-årige grunnskolen (Kirke- undervisnings og forskningsdepartementet 1996) anviser kunnskapsmål for hvert klassetrinn, relatert til kropp og helse. Ansatte i skolehelsetjenesten har kompetanse på disse temaene, og kan supplere lærernes kompetanse på en fruktbar måte.

Ansvarlig leder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten bør tilrettelegge arbeidet slik at de ansatte kan delta i samarbeidsprosjekter og foreldremøter.

7.6 Habilitering og individuelle planer

Kommunene har ansvaret for det individuelle habiliteringstilbudet. Det finnes en egen forskrift⁶⁵ om habilitering og rehabilitering, og en forskrift⁶⁶ om individuell plan. Viktige momenter i habiliteringsarbeidet er at tjenestene som ytes skal være samordnet, tverrfaglige, planmessige og i samarbeid med bruker.

Individuelle planer

Personer med behov for langvarige eller koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat har en lovbestemt rett til en individuell plan. Planen skal sikre at den enkelte persons behov for tjenester skal styre utformingen og sammensetningen av dem. Når barn har behov for sammensatte tjenester, vil planen også omfatte tjenester overfor familien.^{67 68}

Ansvaret for å ta initiativ til å utarbeide individuell plan, har den instans i kommunehelsetjenesten som personen eller foresatte først henvender seg til.

Ansvarsgrupper

En ansvarsgruppe består av bruker eller representant for bruker og fagpersoner som yter eller er ansvarlig for tilbud/tjenester til bruker. Ansvarsgruppen skal planlegge, følge opp og samordne enkelttiltakene fra ulike yrkesgrupper og fagfelt for det enkelte barn. Ansvarsgrupper er ikke lovpålagt, men anbefales som en god arbeidsform.

7.7 Barnevaksinasjonsprogrammet

Kommunene har ansvar for at alle barn bosatt i Norge får tilbud om vaksinasjon etter Barnevaksinasjonsprogrammet som gjennomføres i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Noen barnesykdommer kan representere en risiko for alvorlige komplikasjoner som kan forebygges gjennom vaksiner.

En god vaksinasjonsdekning er viktig for å oppnå høy grad av immunitet i befolkningen og på den måten unngå smitte.

⁶⁵ Forskrift om habilitering og rehabilitering nr. 765 av 28. juni 2001

⁶⁶ Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen nr. 676 av 8. juni 2001

⁶⁷ Veileder for individuell plan 2001, IS-1013

⁶⁸ www.barnehabilitering.net

Selv om all vaksine er frivillig, har norske barn rett til å bli vaksinert og få den beskyttelse vaksinasjonsprogrammet kan gi (jf. Smittevernloven § 3.8). Helsepersonell har plikt til å tilby barnevaksinasjonsprogrammet som finnes på Nasjonalt folkehelseinstitutt sine nettsider www.fhi.no⁶⁹. Helsepersonell har plikt til å melde vaksiner gitt etter barnevaksinasjonsprogrammet og hepatitt B-vaksiner til SYSVAK. Dersom den vaksinertes tidligere vaksinasjonsstatus ikke er registrert i SYSVAK, skal den etterregistreres. Helsesøstre har selvstendig rett til å rekvirere vaksiner i henhold til barnevaksinasjonsprogrammet⁷⁰.

Basisvaksinasjonen foregår i sped- eller småbarnsalder, med påfyllingsdoser i grunnskolen.

Hepatitt B-vaksine bør tilbys til barn av foreldre med utenlandsk bakgrunn fra land utenfor lavendemisk område, men vaksinen er ikke omfattet av Barnevaksinasjonsprogrammet. Hepatitt B-vaksine finansieres av folketrygden⁷¹, og skal være rekvirert av lege.

Utdypende informasjon finnes i rundskriv I-27/2000; Rundskriv om endring i blåreseptforskriften og retningslinjer for immunisering mot hepatitt a og b som refunderes av folketrygden.

Tuberkulose er fortsatt en aktuell sykdom. Ca. 100 nye personer smittes per år. BCG- vaksine bør tilbys uvaksinerte barn i miljøer med tuberkulose eller som reiser til land med høy tuberkulosesykelighet. Obs! personer som er HIV smittet, bør ikke få BCG.

Barn av innvandrere fra land med høy tuberkulosesykelighet blir tilbudt vaksine rett etter fødselen.⁷² Vaksinasjon av asylsøkere og innvandrerbarn omtales nærmere i MSIS - rapport 30/2002, " vaksinasjon av barn som er kommet flyttende fra andre land". Rapporten er tilgjengelig på Nasjonalt folkehelseinstitutt sine nettsider, www.fhi.no .

7.8 Veiledning i samliv, seksualitet og prevensjon

7.8.1 Veiledning til barn, ungdom og foreldre om seksualitet og samliv

Grunnlaget for utvikling av seksuell selvråderett og mestring legges tidlig i barneårene. Det er viktig å oppmuntre foreldre til å samtale med barn om seksuell utvikling gjennom hele oppveksten. Informasjonsprogrammet "Barns seksualitet" kan være et nyttig verktøy i helsestasjon og barnehage. Prosjektet "Jeg har et valg" er et felles undervisningsopplegg i ungdomsskolen for skole og helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Det blir distribuert til alle kommuner sommeren 2005.

Parkurs for førstegangsforeldre: "God start", i regi av Barne- og familiedepartementet, er foreløpig et pilotprosjekt, men vil innen 2006 være et tilbud til alle førstegangsforeldre. Kurset tar sikte på å forebygge samlivsbrudd.

⁶⁹ Veiledning om vaksinasjon 1998, Statens institutt for folkehelse ISBN 82 7364 128 7

⁷⁰ Forskrift nr 1153, om legemiddelforsyningen m.v. i den kommunale helsetjeneste § 4 nr. 4

⁷¹ Forskrift nr 330, om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr, §4 nr 3.

⁷² Forebygging og kontroll av tuberkulose, en veileder utgitt av Folkehelseinstituttet 1 jan. 2003

I utgangspunktet vil det bli de kommunale helsestasjonene som får ansvar for å arrangere kursene.

7.8.2 Forebygging av uønsket svangerskap og abort

Handlingsplanen for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004 - 2008 (I-1096 B) har som hovedmål at abortraten i aldersgruppen 15-49 år skal reduseres, dvs. en fortsatt nedgang i antall svangerskapsavbrudd per 1000 kvinner i fruktbar alder, og at alle skal ha et best mulig utgangspunkt for å kunne planlegge svangerskap og ha et trygt seksualliv.

Hovedmålgruppene for handlingsplanen er:

- Ungdom og unge voksne
- Etniske minoritetsgrupper
- Grupper med spesielle behov, herunder personer med fysisk og eller psykisk funksjonshemming, rusmisbrukere m.fl.
- Kvinner og par som vurderer abort

7.8.3 Rekvirering av prevensjonsmidler

Jordmødre og helsesøstre er fra 1 juni 2002 gitt rett til å rekvirere prevensjonsmidler, inntatt på særskilt liste fra Statens legemiddelverk, til unge kvinner 16 til og med 19 år.⁷³

Helsesøstre utdannet før 2005 må gjennomføre etterutdanning i temaene samliv, seksualitet og prevensjon for å få rekvisisjonsrett. Fra 2005 er dette implementert i utdanningene. Rekvireringsretten gjelder bare i yrkesutøvelse ved helsestasjon/ skolehelsetjeneste i den kommunale helsetjenesten og i nært samarbeid med lege.⁷⁴

⁷³ Rundskriv nr. I-3/2002, Forebygging av uønsket svangerskap og abort- Retningslinjer for helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år.

⁷⁴ Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, nr. 455.

8 VEDLEGG

8.1 Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Fastsatt av Helsedepartementet 3. april 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 femte ledd og lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 3-8 første ledd.

Kapittel I. Innledende bestemmelser

§ 1-1. Formål

Formålet med forskriften er gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten å:

- a) fremme psykisk og fysisk helse,
- b) fremme gode sosiale og miljømessige forhold,
- c) forebygge sykdommer og skader.

§ 1-2. Virkeområde

Forskriften gjelder helsefremmende og forebyggende arbeid:

- a) innen kommunens helsestasjon for barn og ungdom,
- b) for gravide som går til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon,
- c) i helsetjeneste i grunnskoler og videregående skoler som omfattes av opplæringsloven og privatskoleloven.

Kapittel II. Kommunens arbeid og virkemidler

§ 2-1. Kommunens ansvar

Kommunen skal tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom 0 - 20 år og tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Kommunen skal dekke alle utgifter til helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kommunen skal sørge for å ha tilgang på nødvendig personell for de oppgavene de skal utføre, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 1, litra b og c og ha en hensiktsmessig arbeidsfordeling mellom disse.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten.

Driften av helsestasjonsvirksomhet og helsetjenester i skoler kan skje ved interkommunalt samarbeid.

§ 2-2. Bidrag til kommunens oversikt over helsetilstand

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til kommunens oversikt over helsetilstanden og de faktorer som kan virke inn på helsen til barn og ungdom, og til gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon.

§ 2-3. Tilbud til gravide og til barn og ungdom 0 - 20 år

Helsestasjonens tilbud til gravide skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- opplysningsvirksomhet, samlivs- og foreldreveiledning.

Helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0 - 20 år skal omfatte:

- helseundersøkelser og rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov
- forebyggende psykososialt arbeid
- opplysningsvirksomhet og veiledning individuelt og i grupper
- hjemmebesøk/oppøkende virksomhet
- samarbeid med skole om tiltak som fremmer godt psykososialt og fysisk lærings- og arbeidsmiljø for elever
- bistand og undervisning i gruppe/klasse/foreldremøter i den utstrekning skolen ønsker det
- samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede
- informasjon om og tilbud om Barnevaksinasjonsprogrammet, jf. kapittel III.

Kapittel III. Barnevaksinasjonsprogrammet og meldeplikt

§ 3-1. Plikt til å tilby vaksinasjonsprogram

Kommunen skal tilby vaksinasjon i henhold til Barnevaksinasjonsprogrammet, som er det nasjonale programmet for vaksiner mot smittsomme sykdommer jf. smittevernloven § 3-8. Barnevaksinasjonsprogrammet skal tilbys alle førelever og barn i grunnskolealder. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal informere om dette og gjennomføre vaksinasjon i henhold til Barnevaksinasjonsprogrammet.

§ 3-2. Innhold i Barnevaksinasjonsprogrammet

Nasjonalt folkehelseinstitutt gir nærmere bestemmelser om det faglige innholdet i Barnevaksinasjonsprogrammet, herunder hvilke vaksiner som inngår i programmet, målgrupper, hyppighet og den tekniske sammensetningen av vaksinene.

§ 3-3. Meldeplikt til SYSVAK

Helsepersonell som gir vaksinasjoner i henhold til Barnevaksinasjonsprogrammet, skal melde opplysninger om vaksinasjoner til system for vaksinasjonskontroll (SYSVAK) i henhold til gjeldende forskrifter om meldingsplikt mv.

Kapittel IV. Administrative bestemmelser

§ 4-1. Internkontroll

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal etablere internkontrollsystem i henhold til lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

§ 4-2. Ikrafttreden

Denne forskrift trer i kraft fra 1. juli 2003. Fra samme dato oppheves forskrift av 23. november 1983 nr. 1778 om helsestasjonsvirksomhet og forskrift av 23. november 1983 nr. 1776 om helsetjenester i skoler.

8.2 Merknader til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Merknadene er en veiledning for å utdype innholdet i den enkelte bestemmelse i forskriften. Merknadene er i seg selv ikke bindende. Forskriften og veiledningen må ses i sammenheng for å få en best mulig forståelse av forskriftens bestemmelser.

Kapittel I. Innledende bestemmelser

Til § 1-1. Formål

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal i et tverrfaglig samarbeid bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og ungdom gjennom tiltak for å styrke foreldrenes mestring av foreldrerollen, fremme barns og ungdoms lærings- og utviklingsmiljø og bidra til å legge til rette for godt psykososialt og fysisk arbeidsmiljø i skolen. Tjenesten skal også bistå gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon under svangerskapet og i barseltiden. Videre er formålet med tjenesten å bidra til en mer helsefremmende livsstil i målgruppene.

Til § 1-2. Virkeområde

Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet.

Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller skader, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død.

Forskriften gjelder for kommunens helsestasjonsvirksomhet for barn og ungdom og helsetjeneste i grunnskoler og videregående skoler som omfattes av opplæringsloven eller er godkjent etter privatskoleloven. Personer som i opplæringsøyemed utplasseres i virksomheter blir å anse som arbeidstakere og omfattes av forskrift av 14. mai 1993 nr. 353 til arbeidsmiljøloven § 3 nr. 2 bokstav f).

Forskriften gjelder også for gravide som går til kontroll i tilknytning til helsestasjon. Tjenesten skal bistå kvinnen og familien under svangerskap og barseltid. Tilbudet skal i et tverrfaglig samarbeid tilpasses brukernes individuelle behov og styrke kvinnens integritet og mestring under graviditet, fødsel og barselperiode.

Kapittel II. Kommunens arbeid og virkemidler

Til § 2-1. Kommunens ansvar

Første ledd

I henhold til lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 er det kommunens ansvar å organisere helsestasjonsvirksomhet og helsetjeneste i skoler.

Skolehelsetjenesten bør være en integrert del av helsestasjonsvirksomheten. Handlingsrommet som ligger i dagens helsestasjons- og skolehelsetjeneste bør benyttes til å legge om virksomheten til en samordnet og helhetlig tjeneste for barn og ungdom 0 - 20 år. Miljøarbeidet ved skolen er en viktig tverrfaglig oppgave, og for at skolehelsetjenesten skal kunne bidra effektivt i denne sammenheng, er det avgjørende at skolehelsetjenestens bidrag i det miljørettede arbeidet foregår ved skolen. Det individrettede arbeidet kan imidlertid foregå på en helsestasjon utenfor

skolen, dersom en slik ordning etter en konkret vurdering ivaretar tilgjengeligheten for elevene.

Kommunen skal tilby gravide å gå til svangerskapskontroll i tilknytning til helsestasjon. Det er opp til kvinnen om hun vil benytte seg av dette tilbudet. Begrepet svangerskapskontroll er benyttet for å avgrense dette tilbudet fra fødselsomsorg og den totale svangerskapsomsorgen.

Det er kommunen som skal dekke alle utgifter til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Med utgifter menes lønn, utstyr og nødvendige lokaler. Dersom det ikke er kommunale lokaler, kan det påløpe eventuelle leieutgifter. Det oppfordres imidlertid til at fylkeskommunen og private skoler stiller tilfredsstillende lokaler vederlagsfritt til disposisjon for skolehelsetjeneste.

Annet ledd og tredje ledd

For å løse de oppgaver som er nevnt i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, herunder helsestasjons- og skolehelsetjeneste og forskriften § 2-3, skal kommunen sørge for blant annet disse deltjenestene: allmennlegetjeneste, herunder fastlegeordning, helsesøstertjeneste, jordmortjeneste og fysioterapitjeneste. Kommunen kan organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet jf. kommunehelsetjenesteloven § 4-1. Kommunen kan også ansette eller inngå nødvendige avtaler med andre personellgrupper som psykolog, ergoterapeut og høyskoleutdannet personell med pedagogisk, sosialfaglig, tverrfaglig eller tverrkulturell kompetanse. For å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet bør kommunen søke å få en bred tverrfaglig basis for den totale kompetansen i tjenesten.

Helsepersonell er omfattet av lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v., herunder bestemmelser om krav til faglig forsvarlighet og taushetsplikt. Opplysninger om personlige forhold må som hovedregel ikke gis uten vedkommendes samtykke. Det vises til kapittel 5 i helsepersonelloven og veiledning til denne, jf. rundskriv I-20/2001. Det følger av helsepersonelloven § 25 tredje ledd at personer som samarbeider med helsepersonell har samme taushetsplikt som helsepersonell. Annet personell har taushetsplikt etter forvaltningsloven § 13 - § 13f.

Fjerde ledd

For å få en hensiktsmessig drift og et større faglig miljø kan det i mindre kommuner og bydeler være et alternativ å etablere virksomhet på tvers av kommune- og bydelsgrenser.

Til § 2-2. Bidrag til kommunens oversikt over helsetilstand

Kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan ha innvirkning på helsen jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal bidra til en slik oversikt over sine brukere på gruppenivå gjennom tilgjengelig statistikk om helsetilstand og lokale erfaringer fra tjenesten. Det bør legges vekt på å få frem særskilte gruppers behov.

Til § 2-3. Tilbud til gravide og til barn og ungdom 0-20 år

Første ledd

Helseundersøkelser av gravide ved helsestasjonen jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-3, og som utføres i samarbeid mellom jordmor og lege, er refusjonsberettiget jf. forskrift av 18. april 1997 nr. 333 om stønad til dekning av utgifter til veiledning

i familieplanlegging og kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres i godkjent helsestasjon. For å gi de gravide best mulig tilbud er samhandling/samarbeid med lege og helsesøster en forutsetning. Svangerskapskontrollen bør bestå av besøk hos jordmor og lege etter avtalt fordeling og nærmere vurdering. I forbindelse med svangerskapskontrollen bør det vurderes om det foreligger særskilte risikoforhold for den enkelte gravide, det være seg arbeidsforhold eller annet. Tilbudet omfatter rådgivning med oppfølging/henvisning ved behov. Dette kan omfatte henvisning til videre oppfølging i helsetjenesten i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten.

Helsestasjon skal tilby opplysningsvirksomhet og samlivs- og foreldreveiledning til gravide. I denne sammenheng kan det tilbys fødsels- og foreldreforbereidende kurs for å styrke foreldres kunnskaper og trygghet om graviditet, fødsel og barseltid.

Annet ledd

Med helseundersøkelser menes undersøkelser - både somatiske og psykiske - av enkeltindivider for vurdering av risiko for sykdom og/eller utviklingsavvik ut fra opplysninger om allmenntilstand, livsstil, risikofaktorer, kliniske undersøkelser og prøver.

Med forebyggende psykososialt arbeid menes tiltak som fremmer gode mellommenneskelige, sosiale og miljømessige forhold for å forhindre psykiske plager/sykdom og problemskapende atferd. Tjenesten har en viktig rolle i samarbeid med psykisk helsevern for å forebygge psykiske plager og lidelser, rusbruk, spiseforstyrrelser, utvikling av overvekt og å fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistriivsel og utviklingsavvik mv. Videre bør tjenesten rette særlig oppmerksomhet mot barn og ungdom med spesielle behov, som for eksempel barn og ungdom med liten sosial støtte, kronisk sykdom og funksjonshemming, risiko for å utvikle psykiske plager/sykdom, ved mobbing, overgrep og annen vold og ved problemer knyttet til kjønnsidentitet og seksualitet.

Sentrale temaer i opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet omfatter blant annet temaene barseltid, barnestell, amming, samspill, kosthold, tannhelse, lek og bevegelsesutvikling, språkutvikling, sosial kompetanse, tilknytning til familie, venner/sosialt nettverk, fysisk og psykisk utvikling, fysisk aktivitet, tobakk, rusmidler, inneklima, skade- og ulykkesforebygging, samliv, seksualitet og prevensjon og smittevern, herunder vaksiner, forebygging av hiv og seksuelt overførbare infeksjoner.

Jordmødre og helsesøstre er fra 1. juni 2002 gitt rett til å rekvirere prevensjonsmidler, inntatt på særskilt liste fra Statens legemiddelverk, til unge kvinner 16 til og med 19 år, jf. retningslinjer i rundskriv I-3/2002. Rekvireringsretten gjelder bare i yrkesutøvelse ved helsestasjon/skolehelsetjeneste i den kommunale helsetjenesten og i nært samarbeid med lege, jf. forskrift av 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek.

Tjenestetilbudet må også være tilrettelagt for barn og ungdom med flerkulturell bakgrunn. Foreldre med innvandrerbakgrunn bør få veiledning i utfordringer ved å oppdra barn i Norge, og hva det innebærer å vokse opp med flerkulturell bakgrunn i Norge. Kunnskap om at kjønnslemlestelse kan bli foretatt eller konsekvenser etter kjønnslemlestelse må følges opp i henhold til lov av 15. desember 1995 nr. 74 om forbud mot kjønnslemlestelse. Signaler om at ungdom utsettes for press om tvangsekteskap krever oppmerksomhet og oppfølging, dersom helsestasjons- og skolehelsetjenesten får informasjon om dette.

Skolehelsetjenesten skal i samarbeid med skolens personell, elever og foreldre

skape en helsefremmende skole gjennom å fremme godt lærings- og arbeidsmiljø med hensyn til helse, trivsel og sikkerhet. Tiltakene gjelder hele skolemiljøet - fysisk og psykososialt, innendørs og utendørs. Skolehelsetjenesten må være kjent med opplæringsloven kapittel 9a *Elevane sitt skolemiljø* og med kravene i forskrift av 1. desember 1995 nr. 928 om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.

Skolehelsetjenesten skal i samarbeid med elever, foreldre, skolens personell og øvrige samarbeidspartnere arbeide for å identifisere elever med helsemessige problemer som har sammenheng med skolesituasjonen.

I sammenheng med tilrettelegging og gjennomføring av tiltak etter denne forskrift skal det tas hensyn til barn og ungdom som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, jf. forskrift av 8. juni 2001 nr. 676 om individuelle planer etter helselovgivningen. Ansvar for å ta initiativ til å utarbeide individuell plan, påhviler den instans i kommunehelsetjenesten som personen eller dennes foresatte først henvender seg til.

Kapittel III. Barnevaksinasjonsprogrammet og meldeplikt

Til § 3-1. Plikt til å tilby vaksinasjonsprogram

Kommunen har plikt til å tilby Barnevaksinasjonsprogrammet. Selv når vaksiner er frivillig, bør helsepersonellet arbeide mot en så høy vaksinasjonsdekning som mulig for å oppnå høy grad av immunitet i befolkningen. Barnevaksinasjonsprogrammet finansieres i dag over Nasjonalt folkehelseinstituttets budsjett og tilbys førelever 0 - 6 år og barn i grunnskolealder.

Til § 3-2. Innhold i Barnevaksinasjonsprogrammet

Barnevaksinasjonsprogrammet gjelder grunnvaksinasjon og påfyllingsdoser, og består for tiden av vaksiner mot følgende sykdommer:

- difteri, tetanus og kikhoste (DTP),
- poliomyelitt,
- haemophilus influenzae type B-infeksjonssykdommer (Hib),
- meslinger, kuma og røde hunder (MMR) og
- tuberkulose (BCG).

Hepatitt B-vaksine bør tilbys til barn av foreldre med utenlandsk bakgrunn fra land utenfor lavendemisk område, men vaksinen er ikke omfattet av Barnevaksinasjonsprogrammet. Hepatitt B-vaksine finansieres av folketrygden i henhold til forskrift av 18. april 1997 nr. 330 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr, jf. § 4 nr. 3, og skal være rekvirert av lege.

Helsesøster og lege skal til en hver tid være oppdatert om det faglige innholdet i Barnevaksinasjonsprogrammet, herunder oppbevaring av vaksiner, vaksinenes holdbarhet, dosestørrelser, kontraindikasjoner, vaksinasjonsreaksjoner, komplikasjoner, melderutiner og andre faglige bestemmelser gitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helsesøster kan rekvirere vaksiner til Barnevaksinasjonsprogrammet direkte fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, jf. forskrift av 18. november 1987 nr. 1153 om legemiddelforsyningen m.v. i den kommunale helsetjeneste § 4 nr. 4.

Til § 3-3. Meldeplikt til SYSVAK

SYSVAK er et nasjonalt vaksinasjonsregister som er opprettet for å få oversikt over vaksinasjonsdekningen på landsbasis, og for å overvåke den enkeltes vaksinasjonsstatus, jf. forskrift om system for vaksinasjonskontroll.

Vaksinasjonsregisteret er også et hjelpemiddel for å kunne tilby et fullstendig vaksinasjonsprogram til alle norske barn. Nasjonalt folkehelseinstitutt er databehandlingsansvarlig for SYSVAK.

Kapittel IV. Administrative bestemmelser

Til § 4-1. Internkontroll

I lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 er det krav om at en hver som yter helsetjeneste, skal etablere internkontrollsystem og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med god praksis og krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helsetilsynet i fylket fører tilsyn med at bestemmelsene i forskriften overholdes, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Helsetilsynet er samlokalisert med fylkesmannen.

Til § 4-2. Ikrafttredden

Rundskriv gitt til tidligere forskrifter oppheves ved ikrafttredelse av denne forskrift.

8.3 Oversikt over aktuelle lover, forskrifter og rundskriv

Dokumentene som er listet opp i dette kapittelet er å finne på www.lovdatab.no og www.odin.no.

Lover

- Lov om helsetjenesten i kommunene
19.november 1982 nr. 66
- Lov om tannhelsetjenesten
3.juni 1983 nr. 54
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
30.mars 1984 nr. 15
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer
5.august 1994 nr. 55
- Lov om forbud mot kjønnslemlestelse
15.desember 1995 nr. 74
- Lov om barnehager med forskrifter
5. mai 1995 nr. 19
- Lov om sosiale tjenester
13.desember 1991 nr 23
- Lov om barneverntjenester
17.juli 1992 nr. 100
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
2.juli 1999 nr. 61
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
2.juli 1999 nr. 62
- Lov om pasientrettigheter
2.juli 1999 nr. 63
- Lov om helsepersonell m.v.
2.juli 1999 nr. 64

Forskrifter

- Forskrift om legemiddelforsyningen m.v. i den kommunale helsetjeneste
18. november 1987 nr. 1153
- Forskrift om allmennfarlige smittsomme sykdommer
av 1.januar 1995 nr. 100

- Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
1. desember 1995 nr. 928
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene
14. april 2000 nr. 328
- Forskrift om pasientjournal
21. desember 2000 nr. 1385
- Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
23. desember 2004 nr. 1837
- Forskrift om habilitering og rehabilitering
28. juni 2001 nr. 765
- Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek, iverksatt fra
1. juni 2002, endring av Forskrift av 27. april 1998 nr. 455
- Forskrift om tuberkulosekontroll
21. juni 2002 nr. 567
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
20. desember 2002 nr. 1731
- Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i
helsestasjons- og skolehelsetjenesten
3. april 2003 nr. 450
- Forskrift om miljørettet helsevern
25. april 2003 nr. 486
- Forskrift om SYSVAK - registerforskriften
20. juni 2003 nr. 739
- Forskrift om MSIS - og Tuberkuloseregisterforskriften
20. juni 2003 nr. 740

Rundskriv og stortingsmeldinger

- St prp nr 63 (1997–98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006
- Rundskriv I -4/99 Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006
- Rundskriv 1–47/99 Helsestasjon for barn og unge 0 –20 år – eit kraftsenter for helse og oppvekst, Sosial og helsedepartementet.
- Rundskriv I-3/2002 Forebygging av uønsket svangerskap og abort – Retningslinjer for helsesøstres og jordmødres rett til å rekvirere prevensjonsmidler til unge kvinner i alderen 16 til og med 19 år.
- Rundskriv I-27/2000 Om endring i blåreseptforskriften og retningslinjer for immunisering mot hepatitt a og b som refunderes av folketrygden.
- Rundskriv I-4/2003 Om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten
- Rundskriv Q-04/2004 Tilskudd til tiltak for å bedre språkforståelsen blant minoritetsspråklige barn i førskolealder.
- Strategiplan I –1088 Sammen om psykisk helse. Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. 2003
- Strategiplan I-1094B Regjeringens arbeid mot rusmiddelproblemer 2002-2005
- Strategiplan I-1033B Ansvar og omtanke. Forebygging av hiv og seksuelt overførbare sykdommer
- Stortingsmelding 16 Resept for et sunnere Norge, 2002-2003
- Stortingsmelding 39 Oppvekst og levekår for barn og ungdom i Norge, 2001-2002
- Stortingsmelding 40 Om barne- og ungdomsvernet, 2001-2002
- Stortingsmelding 29 Om familien – forpliktende samliv og foreldreskap, 2002-2003
- Stortingsmelding 30 Kultur for læring 2003-2004

8.4 Gjeldende veiledere, faglige retningslinjer og nasjonale anbefalinger

- IS-1104 Veileder om miljørettet helsevern
- IS-2619 Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. 3-98
- IS-2700 Veiledning i journalføring i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2004
- I-1026 Veileder for individuell plan
- IK-2659 Veileder tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid, 1-1999
- IS-1074 Veileder helsetjeneste til asylsøkere og flyktninger, 2003.
- IK-2701 Veileder for helsepersonell i Norge om kvinnelig omskjæring, 5/2000
- IS-1060 Seksuelle overgrep mot barn. En veileder for hjelpeapparatet, 2003
- IS-1019 Anbefalinger for spedbarnernæring. Til helsepersonell, Sosial- og helsedirektoratet. 2001
- IS-1047 Mat for spedbarn. Til foreldre, Sosial- og helsedirektoratet.1997
- IS-1123 Norske næringsstoffanbefalinger, Sosial- og helsedirektoratet.1997
- IS-1008 En god start. Veileder til bruk i diagnoseprosessen for funksjonshemmede. 2002
- Q- 1025B Tiltak mot tvangsekteskap – veileder for offentlig ansatte. 2001

Statens helsetilsyn utredningsserie:

- IK-2611 Somatiske undersøkelser av barn og unge fra 0–20 1-98
IK-2621 Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 0-20 år 5-98
IK-2484 Gruppearbeid metoder og muligheter, 3-95.

Noen aktuelle strategiplaner og handlingsplaner:

- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse
...sammen om psykisk helse..... I-1088
- Strategiplan habilitering av barn I-1098
- Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2004-2008
I-1096B
- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009 I-1104B

8.5 Rapporter fra Sosial- og helsedirektoratet

- IS-1130 Skolens utearealer: Om behovet for arealnormer og virkemidler 2004
IS-1156 Fysisk aktivitet i skolehverdagen 2003
IS-1150 Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten 2004
Fysisk aktivitet og helse anbefalinger, 2/2000

8.6 Oversikt over anbefalte programmer per 31. desember 2004 (sjekk www.shdir.no)

8.6.1 Anbefalt helsestasjonsprogram 0-5 år

Alder/ kontakt	Foreldreveiledning / helseopplysning	Somatiske helseundersøkelser	Vaksinasjon
0-2 uker Hjemmebesøk	<ul style="list-style-type: none"> Temaer som foreldrene ønsker å ta opp Barnets trivsel og vektøkning Amming, annen ernæring Samspill, jf "Tidlig samspill" – veileder for helsepersonell, Q-0925 Fødselsopplevelser, foreldrerolle, familiesituasjon og sosialt nettverk Mors fysiske og psykiske helse Barnestell og -utstyr, barneulykker "Røykfrie barn", inneklima, rusmidler, krybbedød Trygdeytelser Etterkontroll, prevensjon (evt. overføre tema til 6 uker) Informasjon om vaksine til risikogrupper 	<p>A = anamnese</p> <p>Gjennomgang av familieanamnese, svangerskap og fødsel. (A)</p> <p>Gjennomgang av helsekortet, påfør funn som gir grunnlag for oppfølging.</p> <p>Hud: icterus, inspeksjon av navle og anamnese ift. hudsykdommer og atopi (A)</p> <p>Hals: torticollis</p> <p>Atferd/kontakt: barnets temperament og initiativ til kontakt</p> <p>Bevegelsesmønster: Symmetri? Hyper-/ hypotoni?</p> <p>Syn: blikkontakt</p> <p>Hørsel: hørselreaksjon (A)</p>	
2-4 uker Gruppe- konsultasjon	Etablere barselgruppe/nettverksgruppe	Vekt: På indikasjon (og etter foreldrenes ønske)	
6 uker Individuell- / gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> Amming, annen ernæring, vitaminer Mors fysiske og psykiske helse Samspill, jf. "Tidlig samspill" – veileder for helsepersonell, Q-0925 Søvn Barnestell, barneulykker/skader "Røykfrie barn", inneklima Informere om vaksineprogrammet 	<p>Gjennomgang av familieanamnese, svangerskap og fødsel.</p> <p>Gjennomgang av helsekortet, påfør funn som gir grunnlag for oppfølging.</p> <p>Syn: blikkontakt, rød refleks, strabisme</p> <p>Hørsel: hørselreaksjon (A)</p> <p>Hals: torticollis</p> <p>Hjerte: auskultasjon, cyanose/økt trettbarhet (A)</p> <p>Lunger: tachypne (inspeksjon + A)</p> <p>Kjønnsorganer hos gutter: testisdascens</p> <p>Hode: inspeksjon av hodeform, palpasjon av fontaneller og hodeomkrets</p> <p>Hofter/ekstremiteter: abduksjonstest i hofter, fotdeformiteter, bevegelse i armer og ben/symmetri</p> <p>Utvikling og kontaktevne: Har barnet en utvikling som forventet mht. sosial funksjon/kontakt, fin-/grovmotorikk?</p> <p>Lengde og vekt: Rutinemessig vektmåling.</p> <p>Lengde på indikasjon</p>	Evt. Hep B og BCG til risikogrupper
3 måneder Gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> Amming, annen ernæring Språk, kommunikasjon Søvn Barneulykker/skader, inneklima, "Røykfrie barn" Vanlige infeksjonssykdommer, vaksineinformasjon 	<p>Syn: følger gjenstander med øynene</p> <p>Hørsel: hvordan reagerer barnet på lyd? (A)</p> <p>Hofter/ekstremiteter: evt. abduksjonstest, fotstilling</p> <p>Lengde/vekt: på indikasjon (og ved foreldreønske)</p> <p>Hode: hodeomkrets</p> <p>Utvikling og kontaktevne: Sosial funksjon/kontakt</p> <p>Fin- og grovmotorikk</p>	DTP, Hib og Polio

4 måneder Gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Etter gruppens behov og ønsker 	Lengde/vekt: på indikasjon (også ved foreldreønske) Hode: hodeomkrets	
5 måneder Individuell-/ gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming /morsmelk, annen ernæring • Samspill, jfr. "Tidlig samspill" – veileder for helsepersonell, Q-0925 • Barnets behov og praktisk omsorg • Tannhelse: kosthold, tannstell og gode vaner • Språk, kommunikasjon • Søvn • Sosialt nettverk • Vaksineinformasjon 	Lengde/vekt: på indikasjon (også ved foreldreønske) Hode: hodeomkrets Motorisk (fin- og grov) og psykososial utvikling	DTP, Hib og Polio
6 måneder Individuell-/ gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming, annen ernæring • Kosthold • Samspill, jfr. "Tidlig samspill" – veileder for helsepersonell, Q-0925 • Familieforhold • Språk, lek • Barneulykker/ skader 	Øyne/syn: A: Inntrykk av at barnet ser? Interesse for gjenstander i rommet? Strabisme Ører/hørsel: A: Inntrykk av at barnet hører? Snur hodet etter lyd? Foreldreinformasjon Distraksjonstest, PAT. (eller BOEL ved 7-8 mnd) Hjerte: auskultasjon, anamnese Hode: hodeomkrets Hofter: abduksjonstest Lengde/vekt: rutinemessig lengde, vekt på indikasjon Utvikling og kontaktevne: Sosial funksjon/ kontakt, Fin-/grovmotorikkutvikling	
7-8 måneder Individuell-/ gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming • Kosthold • Tenner • Tilknytning – løsrivelse • Språk, lek, • Barneulykker • Sosialt nettverk • Forberedelse til evt. arbeidsliv 	Øyne/syn: A: Inntrykk av at barnet ser? Interesse for gjenstander i rommet? Strabisme (A) Hørsel: A: Inntrykk av at barnet hører? Snur hodet etter lyd? Distraksjonstest, BOEL Hode: hodeomkrets Utvikling og kontaktevne: Sosial funksjon/ kontakt, Fin-/grovmotorikkutvikling	
10 måneder Individuell-/ gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Amming/ evt. avvenning • Tilknytning/løsrivelse empatiutvikling • Kosthold • Søvn • Språk 	Lengde/vekt: på indikasjon (også foreldreønske) Hode: hodeomkrets Utvikling og kontaktevne: Sosial funksjon/ kontakt, Fin-/grovmotorikkutvikling	
11-12 måneder Individuell-/ gruppe- konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Søvn • Språk • Barneulykker/skader • Tannhelse: kosthold, tannstell • Selvstendighetstrening • Vanlige sykdommer • Vaksineinformasjon • Barns reaksjoner på foreldres bruk av rusmidler • Samspill 	Syn: A: Inntrykk av at barnet ser? Interesse for gjenstander på avstand (A), skjeling Hørsel: A: Inntrykk av at barnet hører, selv svake lyder? Snur hodet etter lyd? (A) Hjerte: auskultasjon + A Lunger: A:Obstruktive episoder? Foreldres røyking? Hofter: abduksjonstest Kjønnsorganer, gutter: testes descendert Utvikling og kontaktevne: Har barnet en utvikling som forventet mht. sosial funksjon/kontakt, fin-/grovmotorikk? Hode: hodeomkrets Lengde/vekt: vekt og lengde på indikasjon Laboratorieprøver: Hgb av barn fra utenomvestlige land, ellers på liberal indikasjon	DTP, Hib og Polio

<p>15 måneder Individuell-/ gruppe- konsultasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lekesituasjon/aktivitet • Søvn • Språk • Barneoppdragelse, barns selvhevdelse • Kosthold • Vaksineinformasjon 	<p>Øyne/syn: Inntrykk av at barnet ser? Interesse for gjenstander på avstand? (A) Skjeling Hørsel: Inntrykk av at barnet hører, selv svake lyder? Snur hodet etter lyd? (A)</p>	<p>MMR</p>
<p>17-18 måneder Individuell-/ gruppe- konsultasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barneoppdragelse, barns selvoppfatning • Lekesituasjon/aktivitet • Kosthold 	<p>Utvikling og kontaktevne: Har barnet en utvikling som forventet mht. sosial funksjon/kontakt, fin-/grovmotorikk? Lengde/vekt: Rutinemessig lengde. Vekt på indikasjon, også ved foreldreønske.</p>	
<p>2 års undersøkelsen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivitet og lek (Utendørsaktiviteter) • Selvbilde, selvstendighet, interessekonflikt og grensesetting • Språkutvikling • Søkensjalusi • Kosthold, spisevaner og tannhelse • Søvnvaner • Smokk- og fingersuging • Renslighet/pottebruk • Ulykker og skader • TV og video • Sosialt nettverk • Samspill • Psykisk helse 	<p>Hud: A. Eksemplager Syn: A. Inntrykk av at barnet ser? Interesse for gjenstander i rommet? Ser på avstand? Strabisme Hørsel: A: Inntrykk av at barnet hører, selv svake lyder? Snur hodet etter lyd? Tenner: inspeksjon + A Lunger: Obstruktive episoder? (A) (Foreldres røyking som rutinespørsmål) Kjønnsorganer hos gutter: testes descendert Hofter/ekstremiteter: går uten å halte? Utvikling og kontaktevnen: Har barnet en utvikling som forventet mht. sosial funksjon/kontakt, fin-/grovmotorikk? Lengde/vekt: Lengde, vekt på indikasjon</p>	
<p>4 års undersøkelsen Gruppe -/ individuell konsultasjon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utvikling, aktivitet og lekemiljø • Kosthold og spisevaner • Renslighet • Søvnvaner • Språkutvikling • Selvstendighetslæring og mestring • Ulykker/skader • Rusmidler • Sosialt nettverk • Samspill • Psykisk helse 	<p>Øyne/syn: Synsundersøkelse Måltrettet undersøkelse: Tilpasset behov og risiko</p>	

8.6.2 Anbefalt program for helsestasjons- og skolehelsetjenesten 5–20 år

Alder/ Klasse- trinn	Individuell rådgivning og veiledning	Helseopplysning i grupper for elever og foreldre Jfr. Læreplanverket for den 10- årige grunnskolen 1996.	Somatiske helseunder- søkelser / screening A= anamnese	Vaksine
5–6 år Skolestart- undersøkelsen	Familieforhold Samspill, grensesetting, oppdragelse	Kosthold, leggetider, søvn, Skolevei, ulykker/skader, TV/videobruk, sosialt nettverk Utvikling, bevegelse Foreldreinformasjon om risiko for myopiutvikling	Hørsel: audiometri Hjerte: auskultasjon + A Vekst: rutinemessig høydemåling Lunger: A (obstruktiv respirasjon?) Hofte: Rutinemessig vurdering av gangmønster Måltrettet helseundersøkelse av enkelte elever på bakgrunn av meldte / observerte behov	
8 år/ 3. trinn	Basert på behov, observasjon og fremkomne opplysninger	Informasjon om poliovaksine Egenomsorg, hygiene Kosthold – matpakke Ulykker – skader – skolemiljø Sosielt nettverk – skolemiljø Fysisk aktivitet	Vekst: Rutinemessig høydemåling Måltrettet helseundersøkelse av enkelte elever på bakgrunn av meldte / observerte behov	Polio
10 år / 5. trinn		Pubertetsutvikling Helse og livsstil Tobakk – rus Kosthold – spiseforstyrrelser Psykisk helse		
11 år / 6. trinn		Informasjon om DT-vaksine		DT
12 år / 7. trinn		Informasjon om MMR-vaksine	Vekst: Rutinemessig høydemåling	MMR
13 år / 8. trinn	Basert på behov, observasjon og fremkomne opplysninger	Smittsomme sykdommer og beskyttelse mot disse Seksuell helse og legning Psykisk helse Kosthold Tobakk - rus	Måltrettet helseundersøkelse av enkelte elever på bakgrunn av meldte / observerte behov	
14 år/ 9. trinn		Informasjon om Mantoux-test og BCG-vaksine Evt. psykisk helse		BCG
15 år/ 10. trinn	Sjekke vaksinestatus	Informasjon om poliovaksine Forplantningslære Prevensjon Seksuell helse og legning, SOI Evt. psykisk helse		Polio

16 år / 1. trinn VGS	Individuell veiledning basert på behov og observasjon	Seksuelt overførbare infeksjoner / prevensjon Samliv, seksualitet Helse og livsstil	Måltrettet helseundersøkelse av enkelte elever på bakgrunn av meldte / observerte behov	
17 år / 2. trinn VGS	Individuell veiledning basert på behov og observasjon	Kosthold Tobakk/rus Psykisk helse		
18 år / 3. trinn VGS	Individuell veiledning basert på behov og observasjon	Seksuelt overførbare infeksjoner, prevensjon Rusmidler, egenomsorg, psykisk helse Evt. smittevern i russetid (meningitt)		
16-20 år	Individuell veiledning basert på behov og observasjon	Seksuelt overførbare infeksjoner, prevensjon Rusmidler, egenomsorg, psykisk helse, kosthold, fysisk aktivitet		

8.7 Helseundersøkelser – gjeldende anbefalinger

De faglige anbefalingene som er gjengitt her, er hentet fra Statens helsetilsyn Veiledningsserie 2-98 IK-2617 Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. De er gjeldende inntil de blir erstattet av nye nasjonale faglige retningslinjer for hvert fagområde.

8.7.1 Lengde/høyde og vekt

NB! Det er under utarbeidelse nye faglige retningslinjer for høyde- og vektmålinger i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Forventes ferdige i 2005.

Vekstforstyrrelser og avvikende vekst kan være tegn på somatisk sykdom eller psykososiale problemer. Man benytter percentilskjemaer. Det er viktig å vite at barn justerer seg inn på sin egen percentilkanal i løpet av de første 6–12 levemåneder. Krysning av 1 eller 2 percentilkanaler kan etter dette signalisere sykdom eller mistriksel.

Anbefalinger om lengde/høydevekst:

- Screening ved 6 måneder, 18 måneder, 5 år, 8 år og 12 år.
- Målrettet undersøkelse på indikasjon eller ønske fra foreldre.

Oppfølging og henvisning:

- Hvis lengden ligger enten under eller på 2,5 percentilen eller på eller over 97,5 percentilen anbefales årlige målinger til utviklingen er avklart.
- Hvis lengden har krysset en percentilkanal etter 12-18 måneder. Følges opp med årlige målinger.
- Hvis lengdevekst krysser to percentilkanaler mellom to målinger før 5 år eller en kanal etter 5 år, kan dette være tegn på sykdom eller mistriksel. Henvises til barneavdeling. Hvis lengdevekst avtar, men mindre enn ovenstående, gjentas lengdemåling etter 1 år.
- Barn med avvikende proporsjoner i ekstremitetene henvises til barneavdeling.
- Hvis veksten følger 2,5 percentilen eller er under dette, men følger parallelt, er det som regel normal vekst. Måling årlig. Henvisning hvis veksten avtar eller hvis genetisk høyde er markert høyere på percentilskjemaet.
- Jenter med høyde over 172 cm uten menstruasjon og gutter over 185 cm uten pubertetstegn, kan vurderes henvist til barneavdeling for lengdevekstprognose.

Anbefalinger om veiing:

- Rutinemessig ved 6-ukers undersøkelse.
- Målrettet undersøkelse på senere alderstrinn på vide indikasjoner eller ønske fra foreldre.
- Årlig kontroll av barn som ligger på eller utenfor 2,5 eller 97,5 percentilen.

Oppfølging og henvisning:

Grad og varighet av vektøkning eller vektreduksjon har betydning for oppfølging.

- Barn som krysser vektpercentilerkanaler nedover må vurderes med hensyn til somatisk sykdom eller psykososiale faktorer. Barn som er under 2,5 percentilen skal henvises når det er ledsagende symptomer, nedsatt lengdetilvekst eller ved mistanke om spiseforstyrrelser.

- Kryssing av percentilkanaler oppover kan føre til bekymring. Lett grad av overvekt er definert som vekt like over 97,5 percentilen. Det må utvises stor forsiktighet med fokusering på lettere overvekt i og nær puberteten.

Anbefalinger om måling av hodeomkrets (HO):

- Rutinemessig ved de faste besøkene på helsestasjonen i første leveår.
- Som målrettet undersøkelse senere.

Oppfølging og henvisning:

- Hvis HO krysser 1 eller 2 percentilkanaler og barnet er uten problemer, måles det på nytt etter 4 uker.
- Hvis HO er uendret, avsluttes ekstrakontrollen.
- Hvis HO krysser 1 eller 2 percentilkanaler og barnet har symptomer på økt trykk, skal det henvises.
- Kryssing av 3 percentilkanaler skal henvises.
- Hvis HO avtar ned mot 2,5 percentilen, men barnet utvikler seg bra, er henvisning unødvendig. Hvis HO faller ytterligere bør barnet henvises.
- Barn med avvikende proporsjoner i hodet henvises. Terskelen for henvisning bør være lav.

8.7.2 Utvikling

Anbefalinger:

- Prosedyrer og rutiner for å sikre at barns bevegelsesmønster observeres.
- Ha tilstrekkelig tid til å gjennomføre anamnese og observasjon for å få inntrykk av barns kommunikasjonsferdigheter og bevegelsesreportoar.
- Prosedyrer og rutiner for å kartlegge foreldrenes oppfatning av barnets utvikling og deres interesse for opplysning og veiledning.
- Miljøet på helsestasjonen bør være tilrettelagt på en måte som innbyr til lek og naturlig utfoldelse.
- Terskelen for målrettede undersøkelser, oppfølging og evt. henvisning bør være lav.
- Helsestasjonen skal ha tilgang til fagpersonell med spesiell kompetanse på vurdering av barns bevegelses- og kommunikasjonsferdigheter.

Oppfølging og henvisning:

- Dersom det observeres bevegelsesmønstre eller andre faktorer som hemmer barnets utvikling.
- Ved konstant sideforskjell, passivitet og/eller avvikende tonus.
- Hvis foreldrene fortsatt er bekymret etter målrettet undersøkelse eller har spørsmål helsestasjonen ikke kan besvare.

8.7.3 Nervesystemet

Anbefalinger:

Cerebral parese:

- Prosedyrer og rutiner for å sikre at barns generelle utvikling observeres.
- Målrettede undersøkelser bør iverksettes ved avvik i muskeltonus, asymmetrisk bevegelsesmønster og ved forsinket psykomotorisk utvikling.

Hydrocephalus:

- HO måles ved hvert rutinebesøk på helsestasjonen i første leveår, senere ved avvik/problemer.

Autisme og autismelignende tilstander:

- Målrettede undersøkelser ved tegn på kontaktvansker og ritualistisk atferd.

Hyperkinetiske forstyrrelser:

- Målrettede undersøkelser på liberal indikasjon ved avvik i konsentrasjon, aktivitetsnivå, lærevansker, kognitive forstyrrelser og motoriske vansker hos barn 5-6 år.

Oppfølging og henvisning:

- Henvis til spesialist ved mistanke om avvik.

8.7.4 Hørsel

NB! Nye faglige retningslinjer for hørselsundersøkelser er under utarbeidelse. Forventes ferdigstilt primo 2005.

Anbefalinger:

- Rutinemessig informasjon til foreldre om barnets hørsel ved hjemmebesøk hos nyfødte. Ved 6 uker, 3,6,10,12 måneder og 2 år stilles spesifikke spørsmål om barnets hørsel.
- Rutinemessig distraksjonstest (BOEL, PAT og lignende) ved 6–8 måneder.
- Rutinemessig undersøkelse ved audiometri ved skolestart og hos nytilflyttede barn og unge fra utenomvestlige land.
- Målrettet undersøkelse ved spørsmål om forsinket språkutvikling, gjentatte otitter og avvikende utvikling eller adferdsmessige problemer.

Oppfølging og henvisning:

- Barn med funksjonshemninger etter individuell vurdering
- Henvis til spesialist eller snarlig kontroll ved mistanke om hørselsnedsettelse, dvs. når normal hørsel på begge ører ikke sikkert kan konstateres.
- Henvis barnet til høresentral dersom foreldre eller andre i barnets nærmiljø har inntrykk av at barnet hører dårlig.

8.7.5 Syn

NB! Nye faglige retningslinjer for synsundersøkelser er under utarbeidelse. Forventes ferdigstilt primo 2005.

Anbefalinger:

- Spørsmål til foreldre om deres inntrykk av barnets syn ved hjemmebesøk til nyfødte, ved 6 uker, 3, 6, 10,12 måneder og 2 år.
- Inspeksjon med tanke på medfødte misdannelser ved 6 uker.
- Anamnese om arvelig disposisjon, opplysninger om nedsatt syn eller bruk av briller i nær familie ved 6 uker.
- Vurdering av rød refleks og blikkontakt ved 6 uker.
- Korneal lysrefleksundersøkelse gjøres ved 6 uker, 6 og 12 måneder.
- Synsstyrke ved 4 år.

- Rutinemessig skriftlig og muntlig informasjon til foreldre om synsfunksjon og mulighet for myopiutvikling gjennom skolealderen ved 5 år.
- Rutinemessig synsundersøkelse av alle nytilfytte barn og unge fra utenomvestlige land.

Oppfølging og henvisning:

- Ny undersøkelse etter 1-2 måneder hvis barnet ikke gir 3 riktige svar på linjen 4/6 ved 4 år.
- Måltrettet undersøkelse ved mistanke om nedsatt syn, skjeling, manglende blikkontakt, nystagmus og katarakt.
- Måltrettet undersøkelse av barn med hørselhemning.
- Ved mistanke om skjeling.
- Måltrettet undersøkelse ved den minste mistanke om skjeling i skolealder.
- Måltrettet undersøkelse av alle barn med lærings- eller skoleproblemer.
- Måltrettet undersøkelse av barn med forsinket utvikling.
- Henvisning til øyespesialist ved indikasjoner som:
 - Manglende eller svekket rød refleks
 - Dårlig blikkontakt, manglende øyebruk
 - Umotiverte, ufrivillige øyebevegelser, nystagmus
 - Strabisme
 - Visus dårligere enn 4/6 på ett eller begge øyne etter to gangers forsøk
 - Premature barn (fødselsvekt under 1500 g).
 - Barn med kjent hjerneskade
 - Psykisk utviklingshemmede
 - Hørselshemmede
 - Barn med misdannelser, nevrologiske sykdommer eller forsinket utvikling
 - Barn som ikke har medvirket til synstesten ved 4-årsundersøkelsen

8.7.6 Hjerte-/karsystemet

Anbefalinger:

- Rutinemessig auskultasjon og anamneseopptak på sugreevne, kortpustethet og svetting ved måltid/skrik/anstrengelse ved 6 uker og 6 måneder.
- Rutinemessig auskultasjon og anamneseopptak ved 1 år og 5 år (skolestart)
- Ved mistanke om hjertefeil (måltrettet undersøkelse)
 - Anamnese:
Spedbarn: Sugreevne, kortpustethet og svetting ved måltid/skrik/anstrengelse
 - Dårlig vektøkning
Barn: Nedre luftveisinfeksjoner og nedsatt utholdenhet
 - Observasjon:
Allmenntilstand, ernæringstilstand, tachypne, cyanose, eller andre sviktegn, dystrofi og lignende
 - Undersøkelse:
Auskultasjon og palpasjon av lyskepuls

Oppfølging og henvisning til spesialist:

- Barn med Downs syndrom som ikke er kardiologisk utredet.
- Symptomer eller tegn på hjertesykdom eventuelt med bilyd.

- Sterke bilyder (over grad 3) uansett symptomer. Febrile barn uten andre tegn på hjertefeil undersøkes når de er friske.
- Alle diastoliske, kontinuerlige eller holosystoliske bilyder og de som er hørbare på ryggen.
- Konstant spaltet 2. hjertetone.

8.7.7 Luftveier – hud

Anbefalinger:

- Spørre om forekomst av astma eller eksem i familien ved hjemmebesøket.
- Spørre om symptomer og tegn på astma ved 6 uker, 1, 2 og 4-5-årsalder.

Oppfølging og henvisning:

- Målrettet undersøkelse ved holdepunkter for atopisk sykdom og med tanke på råd og veiledning.
- Henvisning til fastlege ved atopiske plager, problematisk eksem og moderat/ alvorlig astma.

8.7.8 Munnhule og tenner

Anbefalinger:

- Inspeksjon av barnets tenner ved 2-årsalder
- Målrettet undersøkelse når det ut fra en totalvurdering foreligger risikofaktorer som f. eks medisinbruk, spesielle sykdommer og syndromer, dårlig kosthold og munnhygiene.

Henvisning til tannhelsetjenesten ved:

- Mistanke om karies.
- Tannskader.
- Særskilt informasjons- og veiledningsbehov.

8.7.9 Mage-/tarmsystemet

Anbefalinger:

- Målrettet undersøkelse ved symptomer eller når foreldre, barn eller unge presenterer et problem knyttet til mage/tarm.

Henvisning til spesialist:

- Ved klinisk mistanke om ikterus få uker etter fødsel og ved lys avføring og mørk urin.

8.7.10 Urinveier og genitalia

Anbefalinger:

Rutinemessige undersøkelser:

- Av testes og uretramunning hos gutter ved 6 uker.
- Av testes ved 1 år. Ved manglende decens foretas kontroll ved 2 eller 5 år på grunn av mulighet for acens.
- Av testes på nytilflyttede gutter fra utenomvestlige land frem til puberteten.

Målrettede undersøkelser:

- Inspeksjon av uretramunning hos jenter og undersøkelse av hymen imperforata bør ikke gjøres som rutineundersøkelse, men gjøres lettest ved 6 måneder eller 1 år.
- Urinprøve og andre kliniske undersøkelser gjøres på vide indikasjoner ved bekymring fra foreldre, funn eller symptomer.
- Ved enurese undersøkes barnet ved mistanke om eller funn av UVI, eller andre årsaker.

Henvisning til fastlege/spesialist:

- Ved testesretensjon ved 1 år, senest 2 år.
- Alle spedbarn med UVI, alle gutter med påvist UVI, alle jenter med påvist pyelonefritt, jenter med recidiverende cystitter.
- Enurese til fastlege. Dagenurese henvises til utredning uavhengig av funn.
- Pubertetstegn hos jenter før 8 år og gutter før 9 år.
- Manglende pubertetsutvikling ved 13,5 år hos jenter og 14,5 år hos gutter; barnelege konsulteres for avtale om videre oppfølging.

*8.7.11 Hofter og underekstremiteter (ortopedi)***Anbefalinger:**

- Rutinemessig abduksjonstest ved 6 uker, 6 måneder og 1 år
- Vurdering av gangmønster ved 18-24 måneder og ved skolestart
- Rutinemessig vurdering av fotstilling ved 6 uker
- Målrettet undersøkelse ved senere usikkerhet om fotstilling (kombinert med undersøkelse av hoftene)
- Målrettet undersøkelse av benlengde og rygg (scoliose) ved foreldre eller læreres bekymring eller ved informasjon om ryggplager. Fremoverbøyningstest benyttes.

Oppfølging og henvisning:

- Henvisning til barnelege/ortoped og ultralyd eller røntgenundersøkelse av hofter ved mistanke om unormale funn
- Henvisning ved spørsmål om scoliose bør inntil videre skje ved en høydeforskjell mellom høyre og venstre thoraxhalvdel på 1 cm eller mer ved fremoverbøyningstesten

*8.7.12 Blod og bloddannende organer***Anbefalinger:**

- Målrettet undersøkelse på hemoglobin (Hb) ved 1 år hos barn som ikke har fått jernberiket kost, er påfallende bleke eller mer enn vanlig syke.
- Hb-screening av barn fra utenomvestlige land ved 1 år og på andre alderstrinn ved førstegangs undersøkelse.

Oppfølging og henvisning:

- Henvisning til fastlege eller spesialist på måling av ferritin ved 1 år hos barn som ikke har fått jernberiket kost, er påfallende bleke eller mer enn vanlig syke, samt barn fra utenomvestlige land.
- Henvisning ved lav blodprosent dersom behandling ikke fører til tilfredsstillende resultat.
- Henvisning ved Hb under 8 g%.

8.7.13 Endokrinologi og genetikk

Anbefalinger:

- Registrere om nyfødtscreening på endokrinologiske tilstander er gjennomført før hjemreise fra barselavdelingen. Henvise til blodprøvetaking dersom screening ikke er gjennomført.
- Målrettet undersøkelse av barn med risiko for D-vitaminmangel ved 6 uker, 6 måneder, 1-2 år, og ved 4 år og eldre.
- Henvisning til barneavdeling ved mistanke om rakitt eller kliniske rakittforandringer.
- Ved 2-årsundersøkelsen bør foreldrene rutinemessig stilles spørsmål om det er kjent arvelig hyperkolestrolemi og/eller koronarsykdom i nær familie (hos menn før 50 år og hos kvinner før 60 år).

8.7.14 Risikosvangerskap og barn med nyfødtproblemer

Viktige forhold:

- Svangerskap som går over terminen, for tidlig fødsel og lav fødselsvekt.
- Mors røyking, alkoholbruk, medikamentpåvirkning, mangelfull ernæring eller alvorlig sykdom i svangerskapet.
- Intrauterin infeksjon, mangelfull ernæring/oksygentilførsel pga placentainsuffisiens og komplikasjoner under fødselen som asfyxi og intracerebral blødning.
- Alvorlig neonatal sykdom og/eller cerebrale symptomer.

Anbefalinger:

- Helsestasjonen tar tidlig kontakt med familien etter hjemkomst, foretar hjemmebesøk, tilbyr helsestasjonsprogram og følger opp etter behov og vurdering.
- Barn med behov for tett oppfølging ivaretas både av barneavdeling og helsestasjon gjennom rutinekontroller. De øvrige grupper følges i hovedsak med klinisk vurdering, utviking og vekstmålinger på helsestasjon.
- Barn med fødselsvekt under 1500 g eller alvorlige sykdomsmanifestasjoner skal ha spesialistutredning av syn og hørsel.
- Screening på sternocleidotumor gjøres ved hjemmebesøk og 6-ukersundersøkelse.
- Hos premature barn korrigeres vekst den første tiden for gestasjonsalder.
- Hemoglobinmåling hos premature gjøres etter retningslinjer fra barneavdelingen.
- Målrettet undersøkelse av barn som er icteriske utover 2-ukersalder med prøvetaking, observasjon og eventuelt henvisning.
- Målrettet undersøkelse av barn med markert asfyksi (Apgar score under 0-3/5 min), neonatale kramper o.l. Psykomotorisk utvikling, språkutvikling, sansefunksjoner og kognitive funksjoner (i førskolealder) bør vurderes ved de rutinemessige helseundersøkelsene for å kunne sette inn eventuelle hjelpetiltak.

8.8 Sjekklistor

8.8.1 Sjekkliste for barns utvikling og kontaktevne 0-3 år

Generelt:

Er barnets utvikling som forventet i forhold til alder mht. sosial kontakt/funksjon, fin- og grovmotorikk?

6 uker, aktuelle ferdigheter:

- Oppmerksomhet/blikkontakt, følger med øynene
- Smil (A)
- "Koselyder"
- God aktivitet i begge armer og ben
- Kan snu hodet fra side til side i ryggeleie
- Fleksjonsmøster i armer og ben. Tyngdepunkt bryst/ansikt i mageleie

3 måneder, aktuelle ferdigheter:

- Snur blikk/hode etter lyd.
- Sikker blikkontakt, smil, aktiv bruk av lyder.
- Respons på kontakt ("med hele kroppen")
- Åpner hendene av og til, griper så vidt til siden, ikke mot midtlinjen
- Tyngdepunktet ned mot magen i mageleie. Hviler på albuer og underarmer
- Holder hodet i midtstilling, løfter til 90 grader.

6 måneder, aktuelle ferdigheter:

- Økende interesse for omgivelser på større avstand. Følger 180 grader med blikket.
- Prater aktivt, lytter til egen stemme. Konsonanter.
- Øye-hånd-munn samspill. Griper og slipper leker med begge hender, bytter fra hånd til hånd, fører til munnen, helhåndsgrep.
- Hodekontroll
- Tydelig ønske om å forflytte seg og heve seg opp fra underlaget i buk- og ryggeleie. Strekker seg etter leker. Rekker ut armene for å bli tatt opp.
- Støtter seg på strake armer i mageleie. Bena adskilt.

8 måneder, aktuelle ferdigheter:

- Er med på sosiale leker: Vinke, klappe søte osv.
- Skiller tydeligere mellom fremmede og kjente
- Mer radiale grep.
- Forflytter seg i mageleie
- Hermer etter lyd og bruker konsonanter.

1 år, aktuelle ferdigheter:

- Sosiale leker, tar imot og gir fra seg.
- Ser etter leker som gjemmes (A).
- Tommel-, pekefingergrep, begge hender. Tar en kloss i hver hånd.
- Krabber på hender og knær. Setter seg opp og sitter i god balanse.
- Reiser seg med støtte, går fritt (A).
- Reagerer på navnet sitt, imiterer talelyd, sier mamma/pappa spesifikt (A).

15–18 måneder, aktuelle ferdigheter:

- Bruker enkelte ord, forstår flere (A).
- Forstår enkle beskjeder.
- Holder kopp og spiser selv.
- Gange, reiser og setter seg.

2–3 år, aktuelle ferdigheter:

- Håndterer skje, kopp med stor sikkerhet (A).
- Pronert blyantgrep, tegner kruseduller.

- Liker enkle puslespill.
- Hopper, løper, går i trapper, kan sparke ball (A).
- Setter sammen ord, gir navn på kroppsdel (A).

8.8.2 Sjekkliste for oppfølging/henvisning etter helseundersøkelser

6 uker

Oppfølging/henvisning ved:

- manglende blikkontakt, oppmerksomhet eller smil.
- Suspekt hjertebilyd eller symptomer/tegn. Tvil om abduksjonsevne i hofter.
- Mistanke om fotderformitet.
- Asymmetri i bevegelsesmønster/ torticollis (”tydelig” hyper/ hypotoni?).
- Ikterus og avfarget avføring og/eller konjugert serumbilirubin.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie.

3 måneder

Oppfølging/ henvisning ved:

- Tvil om hørselreaksjon.
- Abduksjonsinnskrenkning i hoftene.
- Barnet ikke følger gjenstander med øynene.
- Barnet ikke løfter hodet i mageleie.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie.

6 måneder

Oppfølging/henvisning ved:

- Usikkerhet om kontaktevne, fravær av smil/latter.
- Tvil om hørselreaksjon.
- Barnet ikke griper etter og slipper ting (begge hender).
- Barnet ikke viser interesse for å forflytte seg og heve seg opp fra underlaget.
- Tvil om hofteabduksjon.
- Skjeling
- Suspekt hjertebilyd eller symptomer/tegn.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie.

Bruker oppreisningsmekanismer; i mageleie ved å støtte seg med strake armer mot underlaget, i ryngleie ved å løfte hodet og skuldrene fra underlaget som når barnet vil bli tatt opp.

8 måneder

Oppfølging/henvisning ved:

- Usikkerhet om kontaktevne, fravær av smil/latter.
- Manglende diskriminering av fremmede.
- Tvil om hørselreaksjon.
- Barnet ikke ubesværet bytter leke fra hånd til hånd og bruker begge hender like mye.

- Barnet ikke viser interesse for å forflytte seg, ikke ruller rygg/mage og omvendt.
- Tonusendringer, asymmetri i bevegelsesmønstrer.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie.

1 år

Oppfølging/henvisning ved:

- Usikkerhet om kontaktevne, språk/lyder.
- Tvil om hørselreaksjon.
- Barnet ikke har tommel – pekefingergrep eller ikke står med støtte.
- Barnet ikke krabber eller forflytter seg langt og ofte på gulvet.
- Tvil om hoftaabduksjon.
- Skjeling.
- Suspekt hjertebilyd eller symptomer /tegn.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie.

15 –18 måneder

Oppfølging/ henvisning ved:

- Tvil om bevisst bruk av enkeltord.
- Tvil om hørselreaksjon.
- Fremdeles manglende evne til sosiale leker.
- Barnet ikke har helt presist pinsettgrep.
- Barnet ikke reiser seg og går langs møbler.
- Skjeling.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie.

2 år

Oppfølging/henvisning ved:

- Mangel på ord og /eller forståelse.
- Tvil om hørselreaksjon.
- Barnet ikke "holder følge" med jevnaldrende.
- Skjeling, tvil om barnet ser.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie.

4 år

Oppfølging/ henvisning ved:

- Forsinket språkutvikling.
- Tvil om symmetrisk bevegelsesmønster, klønete/klossete bevegelser og lignende.
- Nedsatt syn.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie.

5 år

Oppfølging/ henvisning ved:

- Forsinket språkutvikling.
- Mistanke/ symptomer på ADHD, DAMP, MBD.
- Nedsatt hørsel, tvilsomme eller positive funn ved audiometri.
- Foreldrenes bekymring.
- Bekymring for barn eller familie

Veiledere fra Sosial- og helsedirektoratet utarbeides innenfor helse- og sosialfaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Sosial - og helsedirektoratet
Pb 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Tlf.: 24 16 30 00
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no